

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

**A intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC:
promoção da adesão ao programa de RFR**

Ana Lúcia Cardoso Barreto

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

**A intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC:
promoção da adesão ao programa de RFR**

Ana Lúcia Cardoso Barreto

Orientador: Professor José Pinto Magalhães

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Não há palavras que possam exprimir todas as emoções que vivenciei ao longo deste percurso académico.

Da família aos amigos, do local de trabalho à escola e locais de estágios, dos professores aos orientadores clínicos e aos doentes e respetivas famílias, todos contribuíram de alguma forma para que terminasse este percurso.

Sem sobra de dúvida que este caminho só foi possível com a confiança depositada em mim por quem me é mais querido, mas também com a ajuda de quem já por aqui passou. Por estas razões, resta-me agradecer a todos vós, mas em especial:

Ao Professor Magalhães pela sua visão, orientação e compreensão;

Aos Orientadores Clínicos dos locais de estágio pelo acolhimento e partilha de experiência;

Aos colegas de trabalho pelo companheirismo e motivação;

Aos amigos por ouvirem sempre os meus desabafos e por terem sempre uma palavra de conforto;

À família, em especial aos meus pais e à minha irmã, pelo amor incondicional;

E, por fim, mas não menos importante, ao meu marido, Dário, pela sua incrível paciência, por ter estado sempre presente e por nunca ter deixado de acreditar em mim.

LISTA DE SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção-Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC- Doenças Respiratórias Crónicas

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EC – Estágio Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FEV1 - Volume expiratório forçado no 1º segundo

GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

ICN - *International Council of Nurses*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PRFR – Programas de Reeducação Funcional Respiratória

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

RNAO - *Registered Nurses' Association of Ontario*

RR – Reabilitação Respiratória

UCCI – Unidade Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença prevenível e tratável, caracterizada por uma limitação persistente do fluxo aéreo que é geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória crônica das vias aéreas e pulmões a partículas e gases tóxicos (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*, 2019). Representa um importante desafio para a saúde pública que é possível prevenir e tratar, onde os benefícios da reabilitação respiratória (RR) estão bem documentados. A aplicação de programas de RR é uma área de intervenção de excelência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), possibilitando a prestação de cuidados que promovem a adaptação da pessoa com DPOC ao processo de doença, constituindo um ganho em qualidade de vida, apesar das limitações que a doença impõe.

A adesão aos programas de RR é um importante fator para a melhoria do estado de saúde da pessoa com DPOC. As consequências da não-adesão têm repercussões na estabilização da doença e na qualidade de vida da pessoa, justificando um maior investimento nas medidas de promoção da adesão aos programas de RR, reduzindo barreiras e obstáculos geradores de incumprimento do mesmo (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2009).

Com a realização do presente documento, denominado por relatório de estágio, pretende-se descrever e analisar a intervenção realizada durante o estágio clínico (EC), no qual se procurou conhecer e compreender o papel que o EEER pode ter junto da pessoa com DPOC no processo de adesão ao programa de RR e, desenvolver as competências preconizadas para a obtenção do grau de Mestre em articulação com as competências definidas pela OE.

O referencial teórico utilizado para fundamentar a minha intervenção foi a Teoria de Transições de Meleis. Na base desta teoria está a intervenção do enfermeiro facilitadora da adaptação da pessoa a uma nova situação ou circunstância, de modo a integrar a mudança na sua vida.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação Respiratória; DPOC; Adesão Terapêutica.

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a preventable and treatable disease characterized by persistent airflow limitation that is usually progressive and associated with a chronic inflammatory response of the airways and lungs to toxic particles and gases (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*, 2019). It represents a major public health challenge that can be prevented and treated, where the benefits of respiratory rehabilitation (RR) are well documented. The application of RR programs is an area of intervention of excellence of the nurse specialist in rehabilitation nursing (NSRN), allowing the provision of care that promote the adaptation of the person with COPD to the disease process, constituting a gain in quality of life, despite the limitations that the disease imposes.

Adherence to RR programs is an important factor for improving the health status of the person with COPD. The consequences of non-adherence have repercussions on the stabilization of the disease and on the quality of life of the person, justifying a greater investment in the measures to promote adherence to the RR programs, reducing barriers and obstacles to non-adherence to it (Nurses' Order (NO), 2009).

With the realization of this document, called the traineeship report, it is intended to describe and analyze the intervention performed during the clinical stage (CS), in which sought to know and understand the role that EEER may have with the person with COPD in the adhesion process to RR programs, and to develop the skills recommended to obtain the degree of Master in articulation with the competencies defined by the NO.

The theoretical framework used to support my intervention was the Theory of Transitions of Meleis. At the base of this theory is the intervention of the nurse facilitator of the adaptation of the person to a new situation or circumstance, in order to integrate the change in his life.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Respiratory Rehabilitation; COPD; Therapeutic Adhesion.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS	22
1.1. Descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas em função dos objetivos e das competências do EEER	23
1.1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE)	24
1.1.2. Competências Específicas do EEER	32
1.2. Avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio: pontos fortes e pontos fracos	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

ANEXOS

Anexo I - questionário de avaliação do risco da não adesão ao tratamento

Anexo II – escala de *zarit*

Anexo III - escala *mini mental state examination*

Anexo IV - escala de confusão *neecham*

Anexo V – escala *mini nutritional assessment*

Anexo VI - escala de *lawton e brody*

Anexo VII - escala de *braden*

Anexo VIII - escala de *morse*

Anexo IX - escala de avaliação de força muscular do *medical research council*

Anexo X - escala de AVC do *national institutes of health stroke*

Anexo XI - escala de *ashworth* modificada

Anexo XII- teste de *richmond*

Anexo XIII - teste de *fagerström*

Anexo XIV - escala *gugging swallowing screen*

Anexo XV – treino de exercício da URR

Anexo XVI – folha de registo das sessões de reabilitação da URR

Anexo XVII – folha de registo da técnica inalatória da URR

APÊNDICES

Apêndice I – projeto de estágio

Apêndice II – plano de atividades para o contexto comunitário

Apêndice III – reflexão nº1 - contexto comunitário

Apêndice IV – reflexão nº2 - contexto comunitário

Apêndice IV – reflexão contexto hospitalar

Apêndice V- sessão de formação na UCCI

Apêndice VI - sessão de formação na URR

Apêndice VII – estudo de caso UCCI

Apêndice VIII – estudo de caso URR

Apêndice IX – estudo de caso DPOC

Apêndice X - instrumento de avaliação inicial

INTRODUÇÃO

“A prática de enfermagem avançada engloba aspetos de educação, pesquisa e gestão firmemente fundamentados na prestação direta de cuidados (...)” (*Department of Health's*, 2010, p. 7).

O relatório de estágio faz jus às palavras citadas anteriormente. Surge integrado no mundo académico como trabalho final do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, representativo do percurso realizado em diferentes unidades de cuidados de saúde, mais concretamente, no contexto comunitário e hospitalar. Tem por base explicar as experiências que concorreram para alcançar os objetivos previamente traçados no projeto de estágio, determinados de maneira a alcançar o grau de mestre e o título de EEER. Aliás, é de facto um requisito imprescindível para demonstrar a aquisição de competências previstas para o 2º ciclo de estudos do ensino superior e para a prática especializada de enfermagem, regulada pela OE.

A operacionalização do projeto de estágio (apêndice I) subordinado ao tema “A intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC: a promoção da adesão ao programa de RFR”, subsidia a construção do presente relatório de estágio. Como forma de dar resposta à problemática, defini como objetivo geral deste trabalho **“desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao programa de reeducação respiratória (PRFR) junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras”** e os seguintes objetivos específicos: (1) desenvolver uma prática ética e profissional enquanto EEER assegurando um ambiente terapêutico gerador de segurança e proteção da pessoa com DPOC; (2) suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação; (3) avaliar e diagnosticar problemas reais ou potenciais da pessoa resultantes da DPOC, nomeadamente ao nível músculo-esquelético e respiratório; (4) elaborar PRFR que assegurem/maximizem a capacidade funcional da pessoa, previnam complicações e evitem/minimizem o impacto das incapacidades instaladas por DPOC; (5) promover o projeto de saúde, os processos de readaptação e capacidade para o autocuidado da pessoa com DPOC visando a adesão ao PRFR; (6) implementar as intervenções planeadas enquanto EEER na readaptação, reeducação e otimização das capacidades funcionais motora

e respiratória na pessoa com DPOC em PRFR; (7) capacitar a pessoa com DPOC para promover o autocuidado e qualidade de vida como para maximizar capacidades funcionais a nível motor e respiratório promovendo a reinserção social e exercício da cidadania; (8) analisar o processo de aprendizagem realizado com vista ao desenvolvimento de competências de EEER.

Posto isto, torna-se necessário esclarecer a pertinência da temática escolhida que forneceu a linha condutora às atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

A nível mundial, como a nível europeu, as doenças respiratórias, a DPOC inclusive, são uma das principais causas de morte (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2008; Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR), 2018). Estima-se que em Portugal, 40% da população tenha tido o diagnóstico de uma doença respiratória crónica (DRC) e que esta seja uma realidade crescente. Os registos epidemiológicos são notoriamente alarmantes, mais ainda se se tiver em conta os últimos 12 anos, em que as DRC se revelam como a 3^a causa de mortalidade e a 5^a causa de internamentos hospitalares por doença (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2011; ONDR, 2018).

A DPOC, torna-se a mais representativa das DRC, se se tiver em conta que só em Portugal existem 700 mil pessoas com esta doença e aproximadamente 210 milhões em todo mundo (DGS, 2013; ONDR, 2018). Calcula-se que atinga 14,2% da população com mais de 40 anos, mas é na faixa etária acima dos 70 anos que ganha maior expressão, chegando aos 47,2%. Atualmente ocupa um lugar de destaque a nível mundial por ser a 4^a causa de morte e a nível nacional por ter sido, em 2014, a 3^a causa de internamento por doença respiratória com uma taxa de mortalidade, em 2015, de 7,4% (ONDR, 2018; GOLD 2019). Mais, estima-se que, em 2020, seja a 3^a causa de morte em todo o mundo (GOLD, 2019).

A DPOC representa um importante desafio para a saúde pública que é possível prevenir e tratar. Como DRC, a DPOC, fortemente influenciada pelo comportamento humano e associada a fatores de risco evitáveis e modificáveis, origina alterações nos estilos de vida e diminuição da qualidade de vida das pessoas ao longo do ciclo vital. Isto resulta, além da perda de qualidade de vida, em avultados gastos em saúde e, conseqüentemente, em baixa de produtividade (DGS, 2011). Importa referir que esta patologia é subvalorizada pelos profissionais de saúde, não sendo alvo da atenção suficiente, estando raramente incluída em planos de saúde pública coesos,

abrangentes e coordenados, o que por sua vez conduz ao subdiagnóstico da doença até fases mais avançadas da patologia (OMS, 2008, ONDR, 2018).

A definição desta patologia tem sofrido ao longo dos tempos inúmeras alterações. Inicialmente centrava-se na presença de sintomas como a tosse e dispneia embora presentemente tenha em conta outros critérios. Atualmente, é definida pela iniciativa GOLD (2019) como uma enfermidade representada por sintomas respiratórios persistentes, e por uma limitação/obstrução do fluxo de ar que não é totalmente reversível, tanto das vias aéreas como de outras estruturas pulmonares, causada pela reação inflamatória anormal geralmente progressiva a partículas ou gases nocivos. A alteração das pequenas vias aéreas (bronquite) e destruição do parênquima pulmonar (enfisema) são considerados como parte integrante da doença tendo, cada uma, diferentes contribuições para a progressão individual da doença (Sharifabad, 2018).

Os sintomas major da DPOC são: a dispneia persistente, agravada pelo exercício e crescente ao longo do tempo, causando elevados níveis de ansiedade na pessoa com DPOC; a tosse crónica intermitente com frequentes episódios de pieira; a expetoração; as infeções respiratórias de repetição; e a fadiga (DGS, 2009; Marques, Figueiredo, Jácome e Cruz, 2016; GOLD, 2019). No entanto, não afeta exclusivamente os pulmões, sendo considerada uma doença sistémica mais complexa, com efeitos extrapulmonares importantes (perda ponderal, disfunção muscular periférica – sarcopenia - e doenças cardiovasculares), que contribuem para a limitação na realização das AVD e diminuição da tolerância ao esforço físico, geralmente agravados pela continuada exposição ao fumo do tabaco (Cordeiro e Menoita, 2012; Carreiro, Santos e Rodrigues, 2013; GOLD, 2019).

De acordo com a DGS (2013), o diagnóstico desta enfermidade é feito cumulativamente na presença de sintomas respiratórios crónicos e progressivos, exposição a fatores de risco e na presença de obstrução ao fluxo aéreo, demonstrado por alterações espirométricas (relação FEV₁ (volume expiratório forçado no 1º segundo) / FVC (capacidade vital forçada)) inferior a 70% após broncodilatação) que confirmam o diagnóstico de DPOC. A avaliação da DPOC destina-se a classificar a gravidade da doença, o impacto atual dos sintomas e o risco futuro. Atualmente existe uma estratificação por grupos de gravidade (A-B-C-D), que engloba uma combinação de sintomas individuais e história de exacerbações (agravamento de sintomas respiratórios), que se junta à classificação baseada no grau de obstrução das vias

aéreas (GOLD 1 (ligeiro) - GOLD 2 (moderado) - GOLD 3 (grave) - GOLD 4 (muito grave)), para facilitar a avaliação e caracterização da pessoa com DPOC pela separação entre o componente espirométrico e os parâmetros clínicos. Assim, após obter o diagnóstico e classificar a obstrução de acordo com a espirometria (GOLD 1-4), segue-se a caracterização da gravidade dos sintomas e histórias de exacerbações (A-B-C-D) da pessoa com DPOC (DGS, 2013). Apesar de esta ser a classificação utilizada na maioria da bibliografia consultada, em 2018, a GOLD fez uma atualização da categorização dos estádios da DPOC. No documento emitido pode ler-se que a espirometria é importante para o diagnóstico, prognóstico e terapêutica não farmacológica, mas somente os sintomas respiratórios e história de exacerbações serão considerados para a classificação da pessoa com DPOC, e para determinar a terapêutica farmacológica, mantendo a estratificação por grupos de gravidade (A-B-C-D).

No que respeita ao tratamento, este tem como principais objetivos prevenir e controlar os sintomas, diminuir a frequência de exacerbações, melhorar a qualidade de vida e a aptidão para realizar as AVD, prevenindo a progressão da doença e reduzindo a mortalidade (Barnett, 2006; Vestbo *et. al*, 2013; Sharifabad, 2018). As medidas preventivas focam-se na redução da exposição a fatores de risco (tabagismo e exposição ocupacional) e na vacinação (gripe viral (influenza) e pneumonia (*streptococcus pneumoniae*)). Além disso, as manifestações sistémicas da doença e comorbilidades - frequentemente presentes e que dificultam a gestão da doença - condicionam o prognóstico e aumentam os custos de saúde devem igualmente ser valorizados na abordagem terapêutica (Sharifabad, 2018). Na impossibilidade de prevenir a doença, o tratamento é feito preferencialmente por via inalatória, com broncodilatadores e corticoides, para controlo sintomático e de complicações, mas também recorre a terapêuticas não farmacológicas como a RR (Almeida, 2010; Gentry e Gentry, 2017).

Na verdade, a RR é amplamente preconizada no tratamento de pessoas com DPOC (GOLD 2 ou superior), mas deve estar disponível, essencialmente, para doentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa, já que os benefícios desta opção não farmacológica na melhoria da qualidade de vida, na capacidade de exercício, no controlo sintomático e redução de recurso aos cuidados de saúde estão bem documentados (Nici *et al.*, 2006; DGS,

2009; Cordeiro e Menoita, 2012; Spruit *et al.*, 2013). No entanto, estima-se que somente 0,1% dos doentes que dela beneficiariam tenham acesso (ONDR, 2018).

Também a reeducação funcional respiratória (RFR) tem benefícios na melhoria da funcionalidade, aumento tolerância ao exercício físico, aumento da autonomia, melhoria global da qualidade de vida do doente através do controlo dos sintomas, redução da incapacidade física e psicológica, melhoria da aptidão física e mental, mitigando sentimentos de depressão, ansiedade e, por fim, promovendo a sua reintegração social (Bolton *et al.*, 2013; Nici *et al.*, 2006; ONDR, 2018).

Na prática de RFR, ou cinesiterapia respiratória, intervenção baseada no movimento, exercícios respiratórios aplicados isoladamente ou em associação com outras técnicas, para restabelecer o padrão funcional da respiração e melhorar a ventilação alveolar (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal e Maia, 1988; Cordeiro e Menoita, 2012), surgem os PRFR, domínio de atuação onde se inclui o EEER. Estes são uma forma organizada, sistemática e metódica para dar respostas às limitações apresentadas pela pessoa, decorrentes da DPOC.

Constituídos por exercícios respiratórios de âmbito geral, pelo treino dos músculos respiratórios, dos membros superiores e inferiores e por técnicas de conservação de energia (Cordeiro e Menoita, 2012), em fases mais avançadas da DPOC onde predomina a insuficiência respiratória crónica, apresentam vários pontos em comum com os programas de RR, mais especificamente, a componente educacional com intuito de capacitar a pessoa com DPOC e a sua família na deteção precoce dos sinais de descompensação e prevenção de agudizações, otimização da terapêutica inalatória, treino de AVD para melhorar a utilização das capacidades funcionais limitadas com menor dispêndio de energia e treino de exercício físico para evitar o sedentarismo e estimular a atividade física (Heitor *et al.*, 1988; Cordeiro e Menoita, 2012).

Vale a pena salientar que as intervenções educacionais desenvolvidas neste contexto devem proporcionar à pessoa/família/cuidadores mais do que conhecimentos teóricos sobre a doença, estratégias para a gestão de exacerbações, com vista à recuperação progressiva da autonomia, menor risco de abandono da terapêutica e maior participação nas decisões terapêuticas (Nici *et al.*, 2006).

Perante o padrão crónico da DPOC, a pessoa e a sua família são confrontadas com a necessidade de serem capazes de gerir a doença ao longo da vida, ou seja, serem capazes de tomarem a iniciativa, ter a responsabilidade e funcionarem de forma

eficaz no desenvolvimento do seu potencial de saúde, num processo de saúde e bem-estar inato, mas também aprendido (Petronilho, 2012).

Neste último paragrafo, está subentendido o conceito do autocuidado. O autocuidado assume-se como crucial no decurso da gestão da saúde e bem-estar da pessoa, por estar associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho, 2012). Dorothea Orem citada por Taylor (2004), define o autocuidado como um conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, para promover e manter a vida, o bem-estar e a saúde, quando alterado em situação de doença ou dano à saúde, acreditando que os indivíduos se podem desenvolver, pois o autocuidado é aprendido, não instintivo. Desta forma, o autocuidado norteia a prática especializada, tornando-se no ponto de partida para intervenções psico-educativas, cognitivas e comportamentais, sempre com o imperativo de aumentar o leque de conhecimentos e aptidões da pessoa cuidada face à necessidade de tomar decisões decorrentes das transições ao longo do ciclo de vida (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000; Meleis, 2007, 2010 citados por Petronilho, 2012).

À semelhança do que acontece com outras doenças crónicas, a pessoa com DPOC pode exigir tratamentos a longo prazo, o que pode suscitar preocupações face à adesão aos tratamentos prescritos, farmacológicos e não-farmacológicos (Spencer e Hanania, 2013).

Boim, Caberlotto, Storni, Cortiñaz, Monti e Khoury (2014), alerta para o facto de 8-50% das pessoas com DPOC encaminhadas para PRR decidirem não participar e 10-32% acabarem por desistir após o seu início. Além disso, atendo ao facto de a DPOC ser uma doença crónica, a problemática da adesão ao regime terapêutico é reforçada, já que a OMS (2003) estima que, cerca de 50% da população com doença crónica em países desenvolvidos, não adira ao regime terapêutico.

A consequência mais grave da não adesão aos tratamentos é o aumento da probabilidade de fracos resultados, associada à diminuição da qualidade de vida e ao aumento dos gastos em saúde. (Sanduzzi et al., 2014).

Como já foi dito, os baixos níveis de adesão são uma situação comum no tratamento de DRC e resulta no aumento de taxas de morbilidade, internamentos e risco de morte, assim como, na prescrição desnecessária de terapêuticas. São exemplos de fraca adesão aos tratamentos os casos de sobredosagem ou subdosagem, como também, os casos de alteração de horários de prescrição,

manutenção dos hábitos tabágicos e falta de exercício físico (Bourbeau e Bartlett, 2008).

Em termos de adesão terapêutica, três termos são amplamente utilizados na literatura: adesão, *compliance* e concordância, embora haja diferença entre eles (Scullion, 2010). A adesão terapêutica é definida como o "grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde" (OMS, 2003, p. 10). Todavia, seja qual for a terminologia utilizada, é importante entender o ponto de vista da pessoa em relação à adesão, pois isto pode condicionar o efeito da terapêutica, podendo conduzir a mais internamentos ou mais consultas médicas (Scullion, 2010).

Aumentar os níveis de adesão terapêutica mostrou-se ser economicamente benéfico para o tratamento de pessoas com DPOC (Van Boven *et al.*, 2016), havendo alguma evidência que identificar as pessoas com DPOC com maior risco de não-adesão poderá ser um elemento chave para o sucesso dos cuidados de saúde prestados (Sanduzzi *et al.*, 2014).

A adesão terapêutica compreende um processo temporal multifásico envolvendo em primeiro lugar o início da terapêutica prescrita, em segundo a implementação conforme a prescrição e, em terceiro, o cumprimento das recomendações durante o período prescrito (Van Boven *et al.*, 2016). É afetada pela percepção da pessoa sobre a doença, tipo de tratamento ou medicamento prescrito, pela comunicação entre profissional de saúde e pessoa cuidada e finalmente pelo ambiente social onde se encontra integrada a pessoa cuidada. Quanto mais a pessoa com DPOC acreditar nos benefícios da RR para gestão e controlo da doença ou conseguir antecipar as graves consequências de não cumprir as recomendações dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados de saúde, melhores níveis de adesão terapêutica serão alcançados (Bourbeau e Bartlett, 2008).

A adesão terapêutica deve ser encarada como uma responsabilidade partilhada entre sujeito de cuidados e profissional de saúde, com o propósito de capacitação e maximização da pessoa no seu processo de doença, atendendo sempre à sua unicidade (Bugalho e Carneiro, 2004). Segundo Spencer e Hanania (2013), a gestão da doença crónica cada vez mais envolve uma abordagem compreensiva da equipa de saúde.

Face à notável especificidade e complexidade de atuação subentendida na execução das intervenções anteriormente descritas, somente um profissional que consiga demonstrar na sua prática diária uma combinação de conhecimentos baseados na experiência e evidência científica, competências avançadas e abrangentes, raciocínio e julgamento clínico que suportem a tomada de decisões complexas, pode efetivamente responder às exigências deste nível de prática especializada (International Council of Nurses (ICN), 2009); *National Association of Clinical Nurse Specialists*, 2010; Gardner, Chang, Duffield e Doubrovsky, 2013).

Neste âmbito, sobressai o EEER com uma posição privilegiada face a outros profissionais de saúde devido ao regular contacto e ao seu envolvimento na gestão da DPOC em todas as etapas do processo de reabilitação (prevenção, tratamento, adaptação e monitorização), tanto na comunidade como em meio hospitalar (Fletcher e Dahl, 2013), contribuindo para a melhoria da saúde respiratória e da qualidade de vida pela prática especializada integrado na equipa interdisciplinar (Cordeiro e Menoita, 2012).

Menoita, Sousa, Pão-Alvo e Marques-Vieira (2012) definem o EEER como um profissional responsável pelo diagnóstico e tratamento das respostas da pessoa/grupo a problemas de saúde potenciais ou reais que condicionem alterações da habilidade funcional e estilo de vida, através do desenvolvimento de planos de cuidados especializados na otimização de padrões funcionais, no *empowerment*, na prevenção de complicações e preservação do autocuidado, garantindo ganhos na qualidade de vida da pessoa assistida.

Em ordem a promover a adesão terapêutica, o EEER necessita de partilhar responsabilidades na tomada de decisões terapêuticas com a pessoa cuidada, permitindo que esta esboce os seus próprios objetivos para o programa de RFR, embora, em primeiro lugar, seja essencial reunir as orientações de diferentes profissionais, quanto ao plano terapêutico, apurar as modificações no estilo de vida e identificar as dificuldades sentidas pela pessoa e sua família no acompanhamento (OE, 2010b).

Isto implica que o EEER baseie a sua intervenção no conceito de *empowerment*, largamente preconizado como pilar da ação de enfermagem, centrado na resolução de dificuldades e não no problema em si. Entende-se por um processo dinâmico de crescimento e desenvolvimento pessoal, dependente da singularidade humana e alicerçado nas escolhas ativas individuais no seu projeto de saúde

(Kuokkanen e Leino-Kilpi, 2000). Atendendo a esta dimensão, o especialista pode integrar, desde do início na sua prática, a avaliação do risco de “não-adesão”, utilizando o questionário presente no catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (anexo I), contribuindo para desenvolver um plano de cuidados eficaz, eficiente, individualizado e otimizado, que assegure o tratamento e garanta a produção de indicadores atribuíveis à terapêutica prescrita. Tal significa ajudar a pessoa a desenvolver mecanismos de adaptação à sua nova condição através de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa, atendendo sempre à individualidade e singularidade da pessoa e no que esta determina para si Hesbeen (2003). Por outras palavras, promover o autocuidado da pessoa com DPOC tendo em conta os fatores determinantes do próprio, passíveis de ser modificáveis, como: físicos, cognitivos, e psicológicos, mas também os inalteráveis pela nossa intervenção como: os sociodemográficos, sociais, acessibilidade, espirituais/culturais e económicos (Petronilho, 2012).

Há mesmo evidência de que a implementação de estratégias de autogestão destinadas a pessoas com doença crónica melhora o *status performance* e diminui a utilização e os custos dos serviços de saúde. Mais ainda, quando os programas de autogestão e adesão são combinados com intervenções educacionais frequentes e específicas dirigidas à pessoa com doença crónica, observam-se melhorias significativas nos comportamentos de promoção da saúde, gestão dos sintomas, comunicação e gestão da incapacidade. Para além disso, esses programas parecem resultar na redução do número de indivíduos hospitalizados, dias em hospital e de observações em ambulatório (OMS, 2003).

A prática avançada de enfermagem é uma maneira de enfrentar a mudança e as exigências de cuidados complexos à pessoa com doença crónica, em que a DPOC não é exceção. Com efeito, cabe ao EEER ser um elemento facilitador para a pessoa/família/cuidador neste processo, pela sua posição privilegiada no projeto de saúde desta, resultante da confiança depositada no contínuo dos cuidados prestados (OE, 2009).

O papel do EEER, segundo Hoeman (2011), é procurar restaurar a função e a independência da pessoa a quem presta cuidados, através de metas que desenvolve e almeja atingir, assumindo na equipa um papel de “(...) coordenador, educador, investigador, consultor, gestor de caso, advogado, facilitador (...) e perito (...)” (Hoeman, 2011, p. 12).

Neste pressuposto a OE (2010b), no Artigo 4º, define três competências específicas do EEER: cuidar, capacitar e maximizar. Por outras palavras, o EEER “ (...) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (OE, 2010b, p. 2); utiliza técnicas específicas no tratamento e reabilitação da pessoa, na promoção dos processos de adaptação à sua nova condição de vida e na reintegração domiciliar, familiar e social; maximizando o potencial e a funcionalidade da pessoa, ao longo de todo o ciclo vital, minimizando o impacto das incapacidades instaladas, fomentando a sua dignidade e qualidade de vida.

Mais do que isto, torna-se essencial que o EEER desenvolva a sua intervenção com base num modelo teórico de enfermagem que guie essa mesma intervenção, sendo um valioso instrumento de trabalho se vinculado conscientemente à prática. Para impulsionar o envolvimento da pessoa com DPOC no processo de reabilitação e evitar a vulnerabilidade relacionada com o processo de transição, entre ser saudável e estar doente, que também a condiciona na tomada de decisão, equacionou-se o modelo teórico de Meleis, especificamente a teoria de transições.

Nos últimos anos, tem vindo a assumir-se que a transição representa o processo que conduz à incorporação das mudanças no modo de viver, com consequente reorientação e redefinição do modo de ser e de estar do indivíduo que a vive (Brito, 2012).

Quando a autonomia da pessoa com DPOC fica comprometida, seja pelo próprio diagnóstico ou, mais tarde, pelas limitações funcionais ditadas pela evolução da doença, pode conduzir a uma transição saúde/doença, sendo necessário reaprender a viver com a doença crónica de acordo com as suas necessidades e expectativas, adaptando-se e ajustando-se às novas condicionantes (Marques-Vieira e Sousa, 2017).

A eficácia do tratamento da pessoa com DPOC está dependente do desenvolvimento de capacidades de autogestão, reguladas pelos conhecimentos relativos à doença (atingidos por meio de ações educacionais em momentos de transição (saúde/doença)). Além disso, a vivência da doença crónica torna a pessoa mais suscetível a fatores de risco (Meleis *et al.*, 2000). O EEER pode ajudar a pessoa com DPOC na mudança experienciada, planeando a sua intervenção de acordo com o seu conhecimento de transição (Kralik, Visentin e Loon citados por Luz e Bastos, 2013).

Na perspectiva de Davies (2005), a teoria de transições de Meleis, possibilita compreender a prática de enfermagem sustentada na assistência à pessoa na gestão de acontecimentos de vida relevantes e pontos críticos que possam condicionar a sua saúde ou resultar em incapacidades físicas ou sociais. Isto porque a teoria de Meleis encara as transições como “(...) experiências humanas (...) moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar” (Meleis e Trangenstein, 1994, citados por Brito, 2012, p. 29). Os mesmos autores definem três tipos de transição: de desenvolvimento, situacional e de saúde/doença. Daí a escolha do modelo conceptual de Meleis para orientar a intervenção desenvolvida ao longo do EC.

Para reforçar a escolha do modelo conceptual, recorre-se a Hesbeen (2003) que diz que o EEER se apresenta como o principal facilitador do processo de transição/mudança da pessoa/família/cuidador por não limitar o seu olhar à incapacidade da pessoa, atuando no sentido de ajudar a pessoa a desenvolver estratégias de *coping* que lhe permitam integrar a mudança e modificar hábitos de vida desajustados à situação clínica. Além disso, Meleis citada por Brito (2012) afirma que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a pessoa a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar. Havendo, nesta teoria, alguns indicadores de uma transição bem-sucedida, tais como: o bem-estar emocional, o domínio de uma situação (*mastery*), a qualidade de vida, a adaptação, a capacidade funcional e a transformação pessoal (Im, 2014).

Em suma, o EEER pode contribuir de forma significativa no processo de transição já que o próprio processo de reabilitação tem como finalidade devolver à pessoa as suas capacidades perdidas, favorecendo o retorno ao quotidiano com qualidade, melhorando a autoestima e aumentando o nível de independência através das competências específicas major previstas pela OE (Andrade, Araújo, Andrade, Soares e Chianca, 2010).

No que respeita à estrutura do presente trabalho, tem início na introdução que serve também de enquadramento teórico ao restante documento. Seguidamente irei descrever as atividades desenvolvidas nos campos de estágio, no âmbito hospitalar e comunitário, em função dos objetivos pré-determinados e à luz das competências comuns e específicas do EEER emanadas pela OE. Posteriormente, irei analisar

criticamente e refletir sobre as atividades realizadas, agora de acordo com as competências inerentes ao EEER. Por último, passarei a identificar os pontos fracos e fortes do percurso realizado, dando corpo à avaliação de toda a experiência vivida para evidenciar os ganhos para a prática especializada em enfermagem de reabilitação.

Este trabalho será redigido de acordo com o guia (ESEL) de normas para a apresentação de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações (norma APA).

1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

Terminada a parte introdutória segue-se a descrição de atividades realizadas no EC. Trata-se de uma seção composta pelas experiências vividas ao longo de 500 horas de prática clínica, o EC (componente prática dos conhecimentos teórico-científicos adquiridos durante dois semestres no âmbito escolar). Foram 18 semanas divididas de forma equitativa por cada local de estágio, 9 semanas (250h) para o contexto comunitário e 9 semanas (250h) para o contexto hospitalar, ambos na área metropolitana de Lisboa.

A primeira parte aconteceu entre 25 de setembro e 24 de novembro de 2017 enquanto a segunda decorreu entre 27 de novembro de 2017 e 09 de fevereiro de 2018, com duas semanas de interrupção na época natalícia. Mais especificamente, a primeira parte do meu percurso decorreu em contexto comunitário, num centro de saúde da área de Lisboa, na unidade de cuidados continuados integrados (UCCI). Esta unidade tem como objetivo a prestação de cuidados domiciliários decorrentes da avaliação integral do doente e família, a pessoas com rede de suporte social, em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja a situação não requeira internamento. Para este efeito, dispõe de uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) multiprofissional da qual faziam parte 6 enfermeiros (3 enfermeiros generalistas e 3 EEER). A segunda parte do estágio decorreu em contexto hospitalar, na unidade de reabilitação respiratória (URR). A URR, encontra-se integrada num centro hospitalar da área de Lisboa. Tem como objetivo principal proporcionar assistência ao doente no âmbito da prevenção e tratamento da patologia respiratória, em regime ambulatorio como em regime de internamento, oriundos de diferentes unidades de especialidades médicas do hospital. Por esta razão, dispõe de uma equipa de enfermagem que é composta por 6 enfermeiros, um deles coordenador, mas todos eles EEER.

O projeto de estágio subsidiou a execução destas atividades e orientou a intervenção desenvolvida na área de enfermagem de reabilitação com vista à aquisição de aptidões individuais e pedagógicas nessa área, como também contribuiu para a aquisição de competências comuns e específicas do EEER emanadas pela OE. No entanto, conforme defende Benner (2001) e Lusignan, Pritchard e Chan (2002) certos conhecimentos práticos colocam em causa determinados pressupostos teóricos, havendo coisas que só podem ser aprendidas no contato com os outros ou

através da reflexão. Prova disso foi, no contexto comunitário, ter sentido a necessidade de definir objetivos com maior amplitude que me permitissem abarcar a diversidade e a especificidade de cuidados de enfermagem de reabilitação prestados neste âmbito (apêndice II). Já que percebi que os objetivos inicialmente projetados estavam muito focados numa patologia (DPOC) e não tinham o alcance necessário para abranger a diversidade de intervenções desenvolvidas pelo o EEER, centradas na pessoa, para atingir a sua máxima funcionalidade, autonomia e satisfação, reduzir o risco de complicações e promover o desenvolvimento de potenciais remanescentes (OE, 2003b; OE, 2010a).

Isto justifica que o próximo capítulo não só abarque os objetivos previamente determinados, mas também aqueles que posteriormente foram definidos para responder aos desafios encontrados na prática.

1.1. Descrição e Análise Crítica das Atividades Desenvolvidas em Função dos Objetivos e das Competências do EEER

De modo a operacionalizar o projetado para o EC, determinei objetivos gerais e objetivos específicos, como aliás já tive oportunidade de referir. Estes objetivos deram sentido às atividades desenvolvidas sem prejudicar o cumprimento dos objetivos académicos nem o propósito central de conquistar as competências emanadas pela OE. Trata-se, portanto, de uma narrativa organizada de modo a mostrar relação entre cada objetivo específico e a competência comum ou específica do EEER correspondente, para facilitar mais tarde a demonstração de aquisição de aptidões de especialista na avaliação do percurso.

Assim, passo a descrever as diversas atividades que foram executadas, em ambos os locais de estágio, guiadas pela máxima de desenvolver competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

1.1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE)

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2010a, p.2).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas são regidos pelo mesmo perfil de competências, denominadas de competências comuns. As competências comuns são demonstradas pelo EE através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2010a). São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal (A); melhoria contínua da qualidade (B); gestão dos cuidados (C) e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Perspetivando desenvolver as competências comuns do domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal (A)** e no domínio da **melhoria da qualidade (B)**, foram desempenhadas um conjunto de atividades com vista a aumentar a responsabilidade das minhas ações, julgamento, resultados de cuidados prestados e nível de competência enquanto profissional em conformidade com o âmbito de prática, enquadramento ético e deontológico, legislativo e regulamentos (ICN, 2009).

Nos 2 locais de estágio tive a oportunidade de realizar uma visita prévia, onde foi aplicado um guião de entrevista que tornou possível conhecer as dinâmicas organo-funcionais e garantir que os campos de estágio escolhidos possuíam as características necessárias para alcançar os objetivos traçados (apêndice I). Ter entrevistado, antes do início do EC, os enfermeiros chefes/ orientadores clínicos possibilitou antecipar necessidades de saúde da população alvo de cada contexto, subsidiando a determinação de objetivos gerais e específicos.

A UCCI abrange uma população de 70.830 habitantes, distribuídos por três freguesias, dispondo de um total de 70 vagas. Os doentes abrangidos cumprem os critérios de: elevada dependência funcional, doença crónica e evolutiva e dependência funcional ou doença incurável em estado avançado e em fase terminal. No entanto, a

UCCI não tem um programa de reabilitação instituído sendo que os EEER prestam cuidados gerais e específicos de reabilitação.

Já a URR abrange uma área geográfica desde a região centro ao sul. É constituída por uma equipa de enfermagem apenas com EEER, como já mencionei, que trabalham com os doentes quer em regime de internamento, quer em ambulatório (no departamento e no ginásio). Tem instituída a consulta de fibrose quística, que ocorre 2 vezes por semana e onde trabalham conjuntamente com médico, dietista, psicólogo e psiquiatra. Os doentes têm como patologias mais habituais a DPOC, asma, fibrose quística, bronquiectasias não fibrose quística, fibrose pulmonar, derrame pleural, pneumonia e neoplasia do pulmão.

O EEER é responsável por seguir as políticas, protocolos e procedimentos fixados pelas organizações de saúde, garantindo a segurança do doente (OE, 2010a). Em ambos os locais de estágio, a integração de forma progressiva e gradual na equipa de saúde, respeitando a sua dinâmica organo-funcional, serviu para sustentar as intervenções desenvolvidas e clarificar a âmbito de intervenção do EEER. Foi facilitada pela apresentação do projeto de estágio, como também, pelos momentos de discussão com os orientadores clínicos e estrategicamente com o professor orientador de situações práticas da intervenção desenvolvida, reconhecendo a fase inicial de aprendizagem de habilidades especializadas.

Ter a capacidade de identificar situações que ultrapassam os nossos conhecimentos, competências e âmbito do nosso exercício profissional é uma aptidão fundamental enquanto especialista (ICN, 2009). Procurar conhecer e apropriar-me da mais recente evidência científica sobre cada matéria, mostraram-se instrumentos imprescindíveis para a tomada de decisão, facilitando a gestão de inúmeras situações clínicas diferentes envolvendo o doente e as necessidades de cuidados distintos. Não obstante, tive sempre em conta os conteúdos presentes nos documentos reguladores do exercício profissional de enfermagem, nomeadamente: código deontológico, regulamento do exercício profissional do enfermeiro, regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados gerais e cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, regulamento das competências comuns do EE e regulamento das competências do EEER.

Sendo a enfermagem uma profissão centrada no cuidar e na relação interpessoal entre um enfermeiro e o doente, espera-se que os enfermeiros desenvolvam competências técnicas e científicas, mas também relacionais (OE,

2003a). No sentido de poderem ajudar os doentes a ultrapassar as situações de crise emocional vivenciadas em contextos de grande sofrimento (Bermejo, 2001). Portanto, todas as atividades desenvolvidas assentaram na tomada de decisão ética, mas também na relação interpessoal com o doente/família/cuidadores e com os restantes membros da equipa de saúde.

A relação terapêutica permite criar o ambiente necessário para o doente reencontrar a sua coragem, tornar-se autónomo e evoluir para um melhor bem-estar físico ou psicológico (Phaneuf, 2005). O estabelecimento da relação terapêutica, enquanto intervenção autónoma e inquestionável no cuidar em enfermagem, desempenha um papel central na resposta às necessidades individuais de cada doente, concorrendo de forma positiva para a prestação de cuidados mais eficazes e mais humanizados (Hesbeen, 2003). Tanto o doente como a sua família/cuidadores possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual que são necessários conhecer, compreender e contemplar como futura especialista. Portanto, procurei abster-me de juízos de valor e refletir na minha prática o respeito pelo doente, com a sua dignidade, considerando-o como um ser único, detentor de autonomia, inserido num ambiente com o qual interage (OE, 2003b).

Tanto o contexto domiciliário, pela necessidade de ganhar a confiança do doente/família/cuidadores por estarmos a intervir no domicílio (espaço individual/coletivo intimamente associado com a sensação de segurança e conforto), como o contexto hospitalar, pela necessidade de promover a sensação de segurança e conforto que pode ser perdida ao ser internado ou numa situação de necessidade de cuidados por doença, mostram-me como é fundamental a dimensão relacional dos cuidados de enfermagem. Destaco que a comunicação, como instrumento dos cuidados de enfermagem, foi fundamental por favorecer o entendimento dos processos comunicativos, na dimensão cognitiva (transmissão de informações e conhecimentos) e afetiva (relação de ajuda), tornando possível a identificação de problemas para além do que é verbalizado (observação da linguagem não-verbal) (Coelho e Sequeira, 2014). Favorecendo ainda, o respeito e sensibilidade para a diferença de valores/crenças/necessidades, como também o entendimento e o respeito dos direitos e responsabilidades dos doentes/família/cuidadores. Como é exemplo, o respeito do direito do doente em obter informações relevantes, atuais e inteligíveis, sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico, ou, o direito do doente em decidir sobre o plano de cuidados, antes e no decurso do tratamento, podendo

recusar cuidados recomendados se assim o entender após ter sido informado sobre as consequência médicas de tal decisão (Lei n.º 15/2014, 2014).

Nesta lógica, elaborei planos de cuidados de enfermagem de reabilitação com base na relação de pareceria com doente/família/cuidador, fomentando o respeito pelo direito da pessoa ao acesso à informação e à confidencialidade na equipa de enfermagem onde está inserido, facultando informações acerca das vantagens das diferentes intervenções, apoiando na escolha e respeitando a tomada de decisão e a sua autonomia. Mais uma vez, foi imprescindível reunir com os orientadores clínicos, não só para partilhar resultados de intervenções, mas também para discutir questões que me suscitaram dúvidas e que podiam moldar a aplicação prática dos conhecimentos necessários ao desenvolvimento individual e profissional.

Realizei um período de observação participativa dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEER ao doente/família/cuidadores em ambos os locais de estágio. Posteriormente, analisei e refleti, com base nos documentos regulamentadores da prática emanados pela OE, sobre as competências comuns do EE e específicas do EEER, para o potenciar o crescimento profissional enquanto futuro especialista. Estas atividades visaram fomentar o raciocínio clínico e o pensamento crítico, para desenvolver um olhar especializado e individualizado da pessoa em todos os seus domínios (afetivo, social, cultural, familiar, profissional). Paralelamente, permitiu-me integrar o conhecimento científico adquirido no desenvolvimento de planos de cuidados individualizados e adaptados às necessidades de cada doente.

Compreendi que o EEER tem como função realizar a avaliação inicial (recolha de dados sobre a saúde do doente e a avaliação objetiva de dependência na realização de AVD); enunciar diagnósticos com base na análise dos dados obtidos; identificar os resultados de reabilitação esperados, centrados no doente/família/cuidador; planear a intervenção dando origem ao plano de cuidados de reabilitação que prescreve intervenções para a consecução dos resultados esperados; implementar as intervenções identificadas no plano de cuidados, e por fim, avaliar a evolução da recuperação da pessoa apreciando os resultados obtidos face ao pré-determinado (Bickford, Marion e Gazaway, 2015). Além disso, tem como função promover ações para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, nos diversos contextos de intervenção. Podendo intervir na saúde e na doença, aguda ou crónica, possibilitando a maximização do potencial funcional e de independência física, emocional e social

das pessoas, minimizando as incapacidades, nomeadamente através da RFR, reabilitação funcional motora, treino de atividades de vida diária (AVD), ensino sobre a otimização ambiental e utilização de ajudas técnicas (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, 2010).

Concretamente, em contexto comunitário, o EEER tem como missão ajudar o doente a atingir sua total recuperação ou então conseguir capacitar a família/cuidadores para a gestão de cuidados no domicílio, sem assistência profissional (Phipps, Sands e Marek, 2003). Assegura os cuidados domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas e no desempenho das AVD e AIVD (atividades instrumentais de vida diária), envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais, com vista à independência ou ao melhor nível de autonomia da pessoa cuidada.

Por outro lado, compreendi que o EEER em contexto hospitalar, especificamente na URR, desempenha funções distintas, mas complementares, mediante o regime (ambulatório ou internamento) em que se encontra o doente. Para os doentes em regime de internamento, habitualmente com elevados graus de dependência (temporária ou permanente), o EEER tem como função: identificar, planejar, orientar e executar cuidados de enfermagem de reabilitação na área da RFR e por vezes na área da reeducação funcional motora, ao doente adulto ou idoso; proporcionar apoio psicológico, de forma a obter o máximo da sua colaboração, integrando um ensino adequado, sempre que a situação o permita, com o objetivo de atingir a máxima autonomia do doente; avaliar os cuidados prestados em conjunto com a equipa do serviço, reformulando o plano de atuação se necessário e encaminhando-o para o departamento de RFR logo que possível; realização de registos no processo clínico, dando particular atenção à evolução das capacidades funcionais; e vigilância da estabilidade hemodinâmica (sinais vitais, gasometrias, etc.). Importa dizer que para alcançar os resultados anteriormente explanados também foi importante desenvolver jornais de aprendizagem de formar a refletir sobre as situações vividas e como cada uma contribuía para conquista de competências, que podem ser consultados em apêndice (III, IV e V). Além disso, esta atividade ajudou a identificar as tomadas de decisão feitas ao longo do estágio em função da escolha de intervenções de enfermagem que podiam satisfazer os objetivos estabelecidos de

comum acordo com o doente/família/cuidador, na tentativa de melhorar a saúde do doente, ou de manter o seu bem-estar.

Por fim, ressalvo que a atividade “organização de documentos de suporte teórico em dossier com base nas necessidades formativas identificadas e sobre a temática do projeto” foi desenvolvida com base em 2 sessões de formação que inicialmente não estavam previstas (apêndice VI e VII) e que deram origem à criação de uma pasta de documentos sobre as temáticas apresentadas. As sessões de formação que realizei, quer para a ECCI ou para a equipa da URR, foram fundamentais uma vez que permitiram promover a aplicação, por parte da ECCI, dos princípios de ergonomia incrementando a segurança pessoal na prestação de cuidados e, inevitavelmente, promovendo a adesão à saúde e segurança ocupacional. Enquanto que permitiu enfatizar o problema do tabagismo e a importância da cessação tabágica junto da equipa da URR, promovendo a realização de intervenções que fomentem a desabituação tabágica.

Em resumo, verifico que todas as atividades, correspondentes a estes domínios, foram implementadas nos dois locais de estágio sem constrangimentos e de uma forma muito construtiva que, para mim, contribuíram para o desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e no domínio da melhoria da qualidade. Considero também que atingi os seguintes objetivos individuais: desenvolver uma prática ética e profissional enquanto EEER assegurando um ambiente terapêutico gerador de segurança e proteção da pessoa com DPOC; desenvolver uma prática ética e profissional enquanto EEER assegurando um ambiente terapêutico gerador de segurança e proteção da pessoa assistida em contexto comunitário; analisar o processo de aprendizagem realizado com vista ao desenvolvimento de competências de EEER.

A fim de desenvolver as competências comuns no domínio da **gestão de cuidados (C)** e no domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)**, foram determinadas um conjunto de atividades para as alcançar que passo a descrever.

Sendo a reabilitação uma especialidade que faz uso de todos os meios necessários pra reduzir o impacto da condição incapacitante e permitir ao doente a recuperação da funcionalidade e reintegração social, foi importante conseguir distinguir os dois tipos de intervenções de enfermagem desempenhadas no seio da equipa de reabilitação, nomeadamente: as interdependentes (iniciadas por outros

técnicos da equipa) e as autónomas (iniciadas pela prescrição do enfermeiro (OE, 2001). Neste sentido, a pesquisa de bibliografia científica atual que realizei, para aprofundar os conhecimentos técnico-científicos sobre as diversas áreas de intervenção do EEER que fui encontrando ao longo do EC, mostrou-se fundamental para clarificar o âmbito de atuação do EEER. Necessitei de aprofundar o meu conhecimento em diferentes áreas resultantes das patologias e dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à medida que ia intervindo junto do doente/família/cuidadores. De forma, a assumir a responsabilidade da implementação das intervenções quando eram prescritas por outro elemento da equipa, por exemplo médico, ou assumir a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica das intervenções quando eram definidas por mim, com a supervisão e orientação dos orientadores clínicos.

Através da continuidade dos cuidados prestados, tornou-se possível monitorizar a evolução do doente na sua capacidade para o autocuidado, identificando e aplicando escalas de avaliação validadas, elaborando planos de cuidados individualizados, definindo novas estratégias que nos permitissem avançar, em todo o processo de reabilitação de acordo com os objetivos do doente, ajudando paralelamente no meu desenvolvimento enquanto futura EEER. De forma a evidenciar este acompanhamento realizei estudos de caso (apêndice VIII, IX e X), que também subsidiaram o aprofundamento de conhecimentos científicos, e desenvolvi reflexões escritas para analisar e refletir sobre as intervenções de enfermagem mais desafiantes. Igualmente, as notas de campo possibilitaram manter presentes, ainda nesta fase, as situações vivenciadas ao longo dos vários estágios clínicos e assim proceder à sua descrição e análise reflexiva e mobilização para o presente relatório.

Também importa referir a importância da elaboração dos registos de enfermagem, geradores de uma significativa parte de informação clínica sobre o doente, facilitadores da elaboração de planos de cuidados, como também da comunicação eficaz de dados relativos ao doente e à prestação de cuidados com outros elementos da equipa de reabilitação e serviços intervenientes. Os registos de enfermagem são de elevada importância para as decisões clínicas, para continuidade, gestão e qualidade de cuidados e para processo de tomada de decisão (OE, 2005). Na opinião de Malliarou e Zyga (2009), os sistemas de informação de enfermagem informatizados podem agilizar o processo de tomada de decisão clínica, aumentar a segurança, confiança e precisão da informação registada; padronização da

linguagem; organização da informação; melhoria significativa da legibilidade e maior facilidade na interpretação da informação registada.

Neste enquadramento, enfatizo o contacto com o *SClínico* Cuidados de Saúde Primários que facilitou a gestão de informação relativa à prestação de cuidados apesar de ter identificado algumas limitações quanto ao registo de intervenções específicas de reabilitação. Por outro lado, em contexto hospitalar, os registos de enfermagem de reabilitação eram realizados em suporte papel que ganha pela vantagem de evidenciar as intervenções de reabilitação que no sistema anterior não eram associadas à componente especializada de enfermagem de reabilitação, mas sim ao programa de cuidados ao idoso. Ressalvo que os registos de enfermagem de reabilitação foram sempre realizados baseados em fundamentação científica, permitindo compreender a evolução do doente em cada situação clínica. Avaliando sempre os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados juntos do doente, tendo em vista a melhoria da sua capacidade para o autocuidado.

Desta maneira, considero que foram desenvolvidas atividades que possibilitaram alcançar competências na área do domínio **gestão de cuidados** e no domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, com também para atingir os seguintes objetivos individuais: suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação; suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação.

Concluindo que todas as atividades foram implementadas nos dois locais de estágio sem constrangimentos embora, em alguns casos, com necessidade de modificar parcialmente o que tinha planeado inicialmente.

1.1.2. Competências Específicas do EEER

Entende-se por competências específicas aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2010b).

Com base no Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2010b), as competências específicas do EEER são: 1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; 2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; 3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

No sentido de desenvolver estas competências, foram projetados inicialmente objetivos individuais que na sua maioria foram desenvolvidos em contexto hospitalar pela sua associação à DPOC. Por esta razão na comunidade foram definidos, complementarmente, outros objetivos de maneira a contemplar as intervenções desempenhadas nas áreas de intervenção sensoriomotora, deglutição e eliminação.

À semelhança do que foi feito anteriormente, a narrativa seguinte está organizada em função das competências emanadas pela OE, seguindo-se a descrição e análise das intervenções implementadas que também evidenciam a conquista dos objetivos individuais.

Relativamente à competência específica **1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**, foram implementadas intervenções no sentido de identificar as necessidades no domínio especializado de enfermagem de reabilitação em pessoas ao longo do seu ciclo vital, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de maneira independente, em resultado da sua condição, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária (OE, 2010b).

O processo de enfermagem trata-se de um processo dinâmico e contínuo, que possibilita ao profissional ajustar os cuidados prestados à medida que as necessidades da pessoa cuidada se vão alterando. Deste processo fazem parte a avaliação inicial (colheita de dados e análise de informação), diagnóstico de enfermagem (identificar os problemas da pessoa), planeamento (estabelecer

objetivos, resultados e respetivas intervenções), implementação (executar as ações de enfermagem planeadas) e a avaliação (verificar se os objetivos foram atingidos) (Potter e Perry, 2006). No âmbito específico de reabilitação, surge a avaliação funcional encarada como uma extensão das componentes habituais da avaliação de enfermagem (processo de enfermagem). A avaliação funcional deve basear-se na utilização de medidas válidas e fidedignas para incorporar a informação sobre a capacidade dos doentes para atingirem os seus objetivos pessoais e de reabilitação (Hoeman, 2011). Foi na avaliação das capacidades do doente, através do processo de enfermagem e instrumentos de avaliação de função validados, que alicercei as intervenções desenvolvidas, em ambos os locais de estágio, para dar resposta a este domínio de competência.

Qualquer programa de enfermagem de reabilitação deve ter início na avaliação do doente/família/cuidadores. A avaliação inicial foi sempre feita de forma ordenada, rigorosa, relevante e adequada com vista a identificar as intervenções a implementar e a ter uma base consistente de comparação entre sessões de reabilitação, já que a situação clínica do doente se pode alterar a qualquer momento (Marques-Vieira e Sousa, 2017). No apêndice XI pode ser consultado o documento elaborado no sentido de registar de forma completa e sistemática a história clínica do doente. Como futura especialista, compreendi que é importante desenvolver a sensibilidade na escolha do momento da avaliação e seleção e interpretação de escalas de avaliação para aplicar em cada situação a mais ajustada e com maior sensibilidade sobre os resultados.

No âmbito da avaliação inicial, realizei entrevistas semiestruturadas incluindo os seguintes dados: sociodemográficos, história de doença atual, história da doença pregressa, história terapêutica, história familiar (doenças genéticas, familiares ou ambientais) e história social (agregado familiar, condições socioeconómicas, condições habitacionais, exposição ocupacional e profissional). Nesta etapa, verifiquei que o EEER, na comunidade, se encontra mais dependente das suas observações e da avaliação da família para obter dados específicos correntes (Rice, 2004). Embora a avaliação do doente inclua muitos dos procedimentos de colheita de dados usados em contexto hospitalar, neste âmbito a informação vem principalmente do doente/família/cuidadores, conforme referem Phipps, Sands e Marek (2003). Portanto, a família/cuidadores devem ser sempre contemplados como fonte de informações, desde que o doente não se oponha, sendo importante avaliá-los no sentido de determinar o impacto da prestação de cuidados nas suas vidas, principalmente avaliar

a sobrecarga da prestação de cuidados (Pereira e Silva, 2012). Para este efeito, durante o EC, utilizei a escala de *Zarit* para avaliar a sobrecarga dos cuidadores de doentes idosos dependentes (anexo II).

Posteriormente, fiz uso de instrumentos de medida reconhecidos pela comunidade científica pelo elevado rigor e reduzida subjetividade que permitissem descrever de forma completa as capacidades e limitações do doente no desempenho de AVD, o autocuidado, o estado de mobilidade, a função cognitiva, emocional e social. Estes instrumentos constituem um meio facilitador para avaliação das necessidades de cuidados do doente, avaliação do impacto da doença, planeamento, implementação de intervenções e avaliação contínua (Hoeman, 2011). Têm a vantagem adicional de permitir uniformizar a linguagem, o que possibilita e facilita posteriormente a avaliação dos resultados das intervenções implementadas.

Para além das escalas previstas no projeto de estágio, tive a necessidade de recorrer a escalas para avaliar a função cognitiva (anexo III e IV), a dor (escala numérica), o estado nutricional (anexo V) e avaliar o desempenho nas AIVD (anexo VI). Mais concretamente, na ECCI, como a prestação de cuidados foi mais direcionada a doentes idosos, já que Portugal apresenta no contexto da União Europeia o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento (Instituto Nacional de Estatística, 2015), recorri também a escalas para determinar o risco de úlcera de pressão (anexo VII), avaliar o risco de queda (anexo VIII) e avaliação de força muscular (anexo IX). Também tive a necessidade de utilizar a escala de AVC do *National Institutes of Health Stroke* (anexo X) para quantificar os défices neurológicos causados pelo AVC (devido à combinação entre a sua eficácia e rapidez com que pode ser aplicada) e a escala de *Ashworth* Modificada (anexo XI) na avaliação da espasticidade, já que conforme o consultado em Menoita *et. al.* (2012), três quartos dos episódios de acidente vascular cerebral (AVC) ocorrem em doentes idosos.

Conforme previsto no projeto de estágio e de acordo com as orientações da DGS (2009), em contexto hospitalar, recorri à escala de *Borg* modificada (utilizada na URR) e ao *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire* para a avaliação da dispneia, à escala de *St. George's respiratory questionnaire* para a avaliação da qualidade de vida do doente respiratório e à escala *London chest activity of daily living* para a avaliação da capacidade física para o exercício físico. Adicionalmente, recorria ao teste de *Richmond* (anexo XII) para a avaliação da motivação para deixar de fumar e ao teste de *Fagerström* (anexo XIII) para avaliar a dependência tabágica. Estas duas

últimas escalas foram utilizadas pelo facto de o consumo de tabaco ser uma importante causa de morbilidade e mortalidade, sendo atualmente apontado como a principal causa evitável de doença e morte (DGS, 2008). A aplicação destas escalas e do registo da evolução dos resultados obtidos durante o programa de reabilitação junto do doente, possibilitou demonstrar os ganhos em saúde que a prática, enquanto EEER, representa na manutenção/recuperação de capacidades funcionais do doente. Por exemplo, através da aplicação da escala de *St. George's respiratory questionnaire* junto do doente com DPOC, no início e no fim do PRFR foi possível avaliar a melhoria na qualidade de vida do doente.

Numa segunda etapa, conforme as orientações de OE (2018), executei o exame físico e consultei o processo clínico para obter informações objetivas sobre a situação clínica do doente (história da doença atual, progressa e familiar e terapêutica habitual). Sobretudo, o registo e interpretação de intervenções de enfermagem de reabilitação anteriores e relatórios de exames complementares de diagnóstico (radiografia do tórax, gasometria e/ou provas de função respiratórias), quando existentes, de forma a completar a informação sobre do doente. No exame físico fiz uso de técnicas de inspeção (coloração da pele, hipocratismo digital, torácica, ventilação), de palpação (traqueia e tórax), de percussão e de auscultação pulmonar. Aqui, interessa destacar as atividades de interpretação de achados da radiografia do tórax e a auscultação pulmonar, ambas desafiantes pela necessidade de treino na sua execução para que seja mais eficaz a deteção das diferentes alterações imagiológicas (radiografia do tórax) ou ruídos adventícios (auscultação pulmonar), assim como a sua interpretação e associação com a patologia do doente. Foi na URR, pela sua especificidade, que treinei estas duas técnicas. A sua prática permitiu-me quer uma maior sensibilidade auditiva a pequenas variações e uma melhoria significativa do domínio da técnica da auscultação. Segundo a OE (2018), a habilidade de concretizar uma avaliação da situação clínica do doente é uma competência fundamental dos EEER. Através desta habilidade é possível compreender o estágio da doença e estruturar a intervenção da enfermagem de forma mais adequada, ajudando a elaborar um plano de RR individualizado.

Numa fase inicial do estágio, tinha alguma dificuldade no exercício mental de perceber quais os diagnósticos de enfermagem de reabilitação e as intervenções mais adequadas, tendo em conta os objetivos a atingir e as particularidades do doente. No entanto, esta dificuldade foi sendo ultrapassada, com o apoio dos orientadores

clínicos, do professor orientador e também através de toda a pesquisa bibliográfica que realizei e mobilização dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos nas aulas. Assim, foi possível fundamentar e validar as intervenções selecionadas e os resultados esperados dos planos de cuidados de reabilitação (desenvolvimento, aplicação e avaliação) definidos.

A crescente habilidade em identificar alterações funcionais e a mobilização de conhecimentos científicos de enfermagem de reabilitação, para analisar e interpretar os dados colhidos sobre o doente e sua família/cuidadores, possibilitaram elaborar os diagnósticos de enfermagem de reabilitação que refletissem os problemas reais e potenciais daquele doente/família/cuidadores (Hoeman, 2011; Marques-Vieira e Sousa, 2017). Tal como, permitiu selecionar as intervenções de enfermagem de reabilitação necessárias para alcançar os melhores resultados na adaptação à nova condição clínica do doente, dando origem a planos de cuidados de reabilitação. Maioritariamente, os diagnósticos de enfermagem de reabilitação prenderam-se com: alterações no autocuidado (alimentação, cuidados de higiene, vestir-se, transferências, locomoção, comunicação e continência), necessidades de ensino sobre a patologia/cuidados, plano terapêutico (terapêutica inalatória), cessação tabágica e otimização da função respiratória e motora.

Das experiências vividas em EC, após a avaliação inicial do doente/família/cuidadores, foi para mim fulcral focar-me na promoção do autocuidado. Porque a maioria das intervenções desenvolvidas foram dirigidas a doentes com doenças crónicas, que se caracterizam por serem uma das causas principais de mortalidade e incapacidade para o autocuidado no mundo (Petronilho, 2012). Considerando-se que um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado (Hesbeen, 2003), tornou-se fulcral que os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação incluíssem intervenções que permitissem aos doentes recuperar a capacidade para se autocuidarem ou quando não tinham essa capacidade dirigir as intervenções a familiares/amigos que aceitassem a responsabilidade por esse cuidado.

Na ECCI os planos de reabilitação desenvolvidos focaram-se no treino do autocuidado (tomar banho, alimentação, vestir-se, levantar, eliminação vesical e intestinal, transferência e locomoção) e na gestão do regime medicamentoso (preparação e administração de medicação, sobretudo insulina e inaloterapia). O autocuidado refere-se a um processo de manutenção e gestão da doença através de

comportamentos individuais para melhorar os problemas de saúde física, psicossocial e condição de saúde global, onde as AVD são habitualmente utilizadas na sua avaliação (Petronilho, 2012). As AVD são atividades que o doente realiza num contínuo de dependência-independência no seu quotidiano, diferenciam-se em atividades básicas de vida diária e em atividades instrumentais de vida diária (Marques-Vieira e Sousa, 2017).

As alterações da mobilidade interferem em vários sistemas do organismo, cuja gravidade, depende de diversos fatores, como a idade, as comorbilidades associadas, o grau de imobilidade da pessoa e alterações físicas e mentais. As repercussões mais evidenciadas foram ao músculo-esquelética, pele, eliminação e psicossocial (OE, 2013). Sendo assim, foi possível concretizar atividades como: exercícios de mobilização ativas-assistidas e passivas osteoarticulares, de modo a evitar a rigidez articular e padrão espático pós-AVC; treino da força muscular, incentivando o doente a utilizar os membros superiores e inferiores para levantar o próprio corpo; treino de marcha com andarilho e transferências para cadeira de rodas/cama e cama/cadeira de rodas; e treino de equilíbrio estático e dinâmico, de forma a evitar as consequências da imobilidade. O movimento é essencial para a capacidade de interação da pessoa com o meio ambiente (Hoeman, 2011). Daí que a realização de exercício terapêutico contribui para a conservação da força muscular que é uma das principais componentes da aptidão física global, fazendo parte das competências do EEER (Huber e Wells, 2009; Marques-Vieira e Sousa, 2017).

O caso da Sr^a J. de 93 anos serve de base para demonstrar os resultados dessas mesmas atividades. A doente foi encaminhada pelo hospital da área de residência para UCCI por dependência na realização das AVD em grau elevado e por alimentação por sonda nasogástrica, devido a um AVC isquémico no território da artéria cerebral média esquerda de provável etiologia cardioembólica. O AVC é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo (Menoita *et al.*, 2012), principalmente ao nível da satisfação de necessidades fundamentais humanas, devido às alterações musculares e cognitivas. O enfermeiro, especificamente o EEER, desempenha um papel fundamental na educação e reabilitação do doente (Aslani, Alimohammadi, Taleghani e Khorasani, 2016) visto que, as necessidades de autocuidado são problemas frequentemente identificados. Inicialmente, a Sr.^a J. não realizava levante por hemiplegia à direita. À medida que foram implementadas as intervenções de reabilitação anteriormente elencadas, conseguiu-se que a doente

fizesse o levante para cadeira de rodas com a ajuda do cuidador através do treino de transferências da cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/cama. Outro ganho em saúde foi conseguir que a doente, inicialmente dependente de SNG para se alimentar, se alimentasse por via oral com ajuda do cuidador através do treino da deglutição (exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento dos músculos usados na deglutição - lábios, língua e mandíbula), sustentado pela avaliação da deglutição através da escala *Gugging Swallowing Screen* (anexo XIV) (Hoeman, 2000; Marques-Viera e Sousa, 2017).

Por último, menciono as intervenções desenvolvidas junto da doente dirigidas às alterações de eliminação vesical (incontinência urinária) e intestinal (incontinência fecal). A gestão da eliminação alterada é uma responsabilidade do EEER (OE, 2010b). São vários os fatores que contribuem para a alteração de continência urinária e intestinal. No meu percurso, o mais evidente foi o processo de envelhecimento, daí a escolha deste caso clínico. A incontinência urinária é um problema frequente nos idosos, principalmente nas mulheres. Situação com repercussões negativas sobre a esfera social, qualidade de vida e a higiene. Por outro lado, a incontinência intestinal ou a obstipação também são problemas frequentemente identificados, apesar de não estarem particularmente associados à população idosa (Marques-Vieira e Sousa, 2017). Mais uma vez, o conhecimento sobre o processo fisiológico da eliminação, fatores que influenciam, sintomas e os tipos de problemas que podem ser identificados foi preponderante para identificar as alterações desta função. Para identificar as alterações, procedi à avaliação da história de incontinência urinária e intestinal (características, padrão de eliminação, sintomas associados, antecedentes pessoais, medicação, fatores ambientais e gestão da incontinência) (*Registered Nurses' Association of Ontario*, 2005). Posteriormente, procedi ao exame físico (observação, auscultação, percussão e palpação abdominal) e inspeção do períneo para identificar a presença de alterações fisiopatológicas ou anatómicas que contribuíssem para a alteração da eliminação (RNAO, 2005a; Hoeman, 2011; Marques-Vieira e Sousa, 2017). Após a avaliação do problema, incontinência funcional (perda de urina causada pela incapacidade para utilizar a casa de banho por problemas exteriores ao trato urinário, como a alteração de mobilidade (Hoeman, 2000, 2011), as intervenções focaram-se essencialmente na gestão do problema junto da doente e cuidador.

Atendendo ao nível elevado de dependência da doente, as intervenções para gestão da continência urinária focaram-se: no aconselhamento de ajudas técnicas

(cadeira sanitária, barras de apoio, arrastadeiras e produtos absorventes), manutenção da integridade cutânea (ensino sobre métodos e frequência de observação da pele, produtos de limpeza e como adquiri-los na comunidade) e elaboração de plano de ingestão de líquidos (promoção da micção normal) (RNAO, 2005a; Hoeman, 2011; Marques-Vieira e Sousa, 2017). Relativamente às intervenções para a gestão da continência intestinal destacam-se: aconselhamento de ajudas técnicas (por exemplo: fraldas), gestão da alimentação (recomendações dietéticas para assegurar a ingestão adequada de nutrientes), medicação (avaliação do uso de laxantes) e treino de hábitos (aproveitar o reflexo gastrocólico após as refeições, posições facilitadoras da evacuação) (RNAO, 2005b). Esta situação clínica particular, foi importante para compreender que é preciso uma visão abrangente sobre o problema que permita tomar decisões flexíveis e individualizadas. Valorizar este problema é o primeiro passo para ajudar o doente, sendo fundamental nesta temática, mostrar confiança na concretização das intervenções e assegurar a privacidade do doente (Potter e Perry, 2006).

Na URR os planos de cuidados foram dirigidos a doentes com DPOC, bronquiectasias, pneumonias e derrames pleurais. Patologias com particularidades diferentes, mas com intervenções de enfermagem de reabilitação focadas na RFR. Destaco as seguintes intervenções: técnicas de relaxamento (posicionamento em decúbito dorsal); controlo e dissociação dos tempos respiratórios; RFR (exercícios eletivos e globais com bastão); correção postural (espelho quadriculado); permeabilização das vias aéreas (drenagem postural modificada, tosse dirigida, *huff*, manobras acessórias de percussão e vibrocompressão); terapêutica de posição; reeducação no esforço (controlo da respiração no esforço recorrendo à marcha na passadeira, exercícios na bicicleta ou cicloergómetro); prevenção de exacerbações (terapêutica inalatória, cessação tabágica); técnicas de conservação de energia e controlo da dispneia (posições de descanso) (Heitor *et. al*, 1988; Cordeiro e Menoita, 2012; Marques *et al.*, 2016) .

Contrariamente ao esperado, não foram muitas as ocasiões em que tive a possibilidade de prestar cuidados a doentes com DPOC, escolhida, no âmbito do projeto, por ser a mais representativa das DRC (ONDR, 2018; Cordeiro e Menoita, 2012). Por este motivo, tive receio de não conseguir dar resposta aos objetivos inicialmente determinados no projeto de estágio. No entanto, como já mencionado anteriormente, esta unidade foi rica em oportunidades para prestar cuidados a

doentes com outras DRC, que entre si compartilham características comuns no que respeita às limitações funcionais respiratórias. Desta forma, foi possível realizar as intervenções determinadas no projeto de estágio dirigidas ao doente com DPOC na implementação de planos de cuidados dirigidos aos doentes com DRC.

Ainda assim, tive a oportunidade de prestar cuidados ao Sr. E de 76 anos, doente com DPOC que foi encaminhado para URR devido a uma exacerbação da doença respiratória. O doente com DPOC pode sentir cansaço e dispneia na execução de suas AVD, devido ao recurso a uma respiração superficial e rápida, como mecanismo compensatório, pelo que é de fundamental contrariar esta tendência e dotar os doentes de recursos que favoreçam a realização das mesmas, de forma controlada. O principal objetivo da RFR na DPOC é prevenir e controlar os sintomas, diminuir a frequência de exacerbações, melhorar a qualidade de vida e a aptidão para realizar as AVD, prevenindo a progressão da doença e reduzindo a mortalidade (Barnett, 2006; Vestbo *et. al*, 2013; Sharifabad, 2018).

Neste contexto há que destacar a importância do trabalho em equipa multidisciplinar para atingir os objetivos dos PRFR. Primariamente, o doente com DPOC é avaliado em consulta médica, onde decorre a avaliação inicial e planeamento de intervenções de reabilitação, posteriormente, o doente é encaminhado para o EEER que completa a avaliação e faz o planeamento de exercícios de reabilitação. Após concluída esta etapa, o EEER tem autonomia para definir a frequência e intensidade dos exercícios implementados, monitorizando os resultados das ações a cada sessão (escala modificada de *Borg*, parâmetros vitais).

As sessões de RFR iniciavam-se pela execução de técnicas de relaxamento e consciencialização da respiração. De seguida, executava-se a reeducação diafragmática e reeducação costal global e seletiva. Para Heitor *et al.* (1988), estes exercícios permitem melhorar a performance dos principais músculos da ventilação, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e melhorar a distribuição alveolar. Terminada esta parte da sessão, com o intuito de corrigir os defeitos posturais, geradores de defeitos na ventilação e oxigenação pulmonar, realizava-se a correção postural em frente ao espelho quadriculado e instruiu-se sobre a importância da melhoria da mobilidade da cintura escapular (Heitor *et al.*, 1988; Cordeiro e Menoita, 2012). Estas estratégias facilitaram a ventilação, com impacto na redução da sintomatologia prévia. Após os exercícios de RFR e correção postural efetuava-se o treino de exercícios de endurance e resistência, prescrito pelo pneumologista (anexo XV), que será detalhado

na área de intervenção relacionada com a competência específica de maximização da funcionalidade.

Foi importante para mim, antes de acompanhar os doentes nas sessões de RFR no departamento da URR, implementar, desenvolver e aperfeiçoar as técnicas de RFR em contexto de internamento pela sua diversidade e frequência. Esta experiência permitiu-me, no momento em que iniciei as atividades no departamento da URR, estar mais confiante e focada nas necessidades do doente e não na execução das técnicas de RFR. Paralelamente, as atividades foram sempre alicerçadas na fundamentação sistémica e consistente e na evidência científica mais atual. Sabendo a importância de demonstrar os ganhos das intervenções desenvolvidas, cada sessão era registada numa folha própria (anexo XVI). Os planos de cuidados foram elaborados de forma colmatarem as necessidades do doente/família/cuidadores, fomentando a integração dos mesmos no seu processo de cuidados. Neste sentido forneci conhecimentos que lhes permitissem compreender o seu plano de cuidados e colaborarem no desenvolvimento e aplicação do mesmo. Durante todo o processo responsabilizei-os quanto ao sucesso do seu plano terapêutico, incentivando a expressão de sentimentos face ao plano para validar a adequar as intervenções às suas necessidades (Hesbeen, 2000).

O desenvolvimento do plano de cuidados possibilitou compreender quais os métodos de avaliação do programa de RR (ex. escalas de avaliação); compreender o impacto da doença crónica respiratória no quotidiano do doente, identificar os fatores facilitadores e limitadores da adesão aos PRFR (relação de empatia e parceria com o doente), ganhar destreza na implementação de técnicas de RFR e adequar os ensinamentos necessários. Por exemplo, as escalas aplicadas nomeadamente a escala *London Chest Activity of Daily Living* foram úteis de forma a direcionar os ensinamentos para as atividades mais afetadas.

Ainda em contexto hospitalar, foi-me proporcionada a possibilidade de conhecer o serviço de ventiloterapia não invasiva. As alterações respiratórias relacionadas com o sono estão presentes em 10% a 15% dos doentes com DPOC (Hoeman, 2011), anomalias que podem provocar alterações do padrão de sono, alterações de oxigenação noturna e frequência cardíaca e conseqüentemente hipersonolência diurna (Bugalho, 2016). Habitualmente, o tratamento baseia-se na ventilação não invasiva por pressão positiva das vias aéreas, através de máscara ou

equipamento equiparado, que podem proporcionar o alívio dos sintomas (Hoeman, 2011; DGS, 2011; Cordeiro e Menoita, 2012).

Neste serviço, conheci os vários tipos de ventiladores e modalidades de ventilação não invasiva, as indicações e contraindicações do tratamento, vantagens e desvantagens e interfaces utilizados. Morais e Queirós (2013) identificaram as dificuldades e benefícios, relacionados com a adesão à ventilação não-invasiva no domicílio referidos pelos doentes com DPOC. Estes autores referem que as dificuldades surgem ligadas ao desconforto provocado pela máscara e alergias; ao ruído do ventilador, relacionado com o funcionamento e fugas (que provocam frio e vento). Já os benefícios identificados foram a redução da fadiga, a melhoria do sono, o aumento da força, a diminuição da dispneia e a redução de cefaleias. Aqui, pode constatar as intervenções de enfermagem que podem ser implementadas de forma a eliminar ou minimizar os efeitos secundários do tratamento, nomeadamente: otimizar a seleção da máscara entre as existentes no mercado, insistir na limpeza da máscara, ensino sobre como ajustar a máscara, escolher um aparelho mais silencioso, aconselhar uso de um tubo de maior comprimento para que o aparelho fique mais afastado, recomendar a humidificação aquecida, treino de adaptação do interface e o ensino sobre os benefícios do tratamento e as consequências fisiopatológicas da doença. Esta oportunidade foi bastante enriquecedora pela confirmação do papel chave do EEER na implementação, adesão e sucesso desta terapêutica como também, pelo facto de ter proporcionado um momento de formação sobre esta matéria, fundamental para, futuramente, possa antecipar as dificuldades do doente e facultar-lhe as informações necessárias para o promover o sucesso do tratamento.

Outra experiência enriquecedora, foi a oportunidade de utilizar o dispositivo *Cough Assist* (dispositivo não evasivo para remoção de secreções) em alguns doentes, sendo o caso mais marcante aplicado a um doente com Esclerose Lateral Amiotrófica. O doente fazia uso de uma esponja para desencadear o reflexo da tosse dado que pela evolução da doença a tosse já não era eficaz e devido ao seu estado de descondicionamento físico já não tolerava as técnicas de RFR. Assim, através deste dispositivo tornou-se possível ajudar a pessoa a desencadear a tosse e a mobilização de secreções que permitissem a sua eliminação. Sendo necessário para a eficácia deste processo realizar a aspiração de secreções para melhorar a sua ventilação, motivo pelo qual foi capacitado o cuidador principal (filho) para esta técnica. Mais uma vez, esta experiência proporcionou um momento de formação e de

experiência que futuramente podem-me ajudar a elaborar um plano de cuidados individualizado.

Em suma, considero que realização destas atividades permitiu desenvolver competências no domínio da competência específica **1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados** como igualmente atingir os objetivos individuais determinados no projeto de estágio, nomeadamente: avaliar e diagnosticar problemas reais ou potenciais da pessoa resultantes da DPOC, nomeadamente ao nível músculo-esquelético e respiratório; avaliar e diagnosticar problemas reais ou potenciais da pessoa assistida/família/cuidador em contexto comunitário, nomeadamente ao nível respiratório, motor, alimentação e eliminação (vesical e intestinal); elaborar PRFR que assegurem/maximizem a capacidade funcional da pessoa, previnam complicações e evitem/minimizem o impacto das incapacidades instaladas por DPOC; elaborar e implementar as intervenções de EEER tendo em vista a readaptação, reeducação e otimização das capacidades funcionais respiratória, motora, alimentação e eliminação da pessoa assistida em contexto comunitário; implementar as intervenções planeadas enquanto EEER na readaptação, reeducação e otimização das capacidades funcionais motora e respiratória na pessoa com DPOC em PRFR.

Relativamente à competência específica **2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, foram implementadas intervenções no sentido de analisar a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, visando o desenvolvimento e implementação de intervenções autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que contribuam para uma consciência social inclusiva (OE, 2010b). Foi uma das competências mais desafiantes, uma vez que ajudar a pessoa a aceitar a sua nova condição de vida, revelou-se por vezes difícil, constituindo uma barreira à concretização do processo de capacitação. Qualquer mudança ao longo do ciclo de vida da pessoa exige um processo de adaptação, que esta pode ou não estar disposta a experienciar (Meleis *et al.*, 2000). O processo de capacitação é multidimensional que implica conhecimento, decisão e ação para garantir as condições básicas que garantam a execução das AVD, expressando-se pela aptidão do doente em viver de forma autónoma e independente através da resolução dos desafios do autocuidado (Marques-Vieira e Sousa, 2017).

A mudança ou adaptação será tanto mais fácil quanto mais compreensível for a situação para o doente. Enfrentar a mudança exige adaptação que, se for progressivamente preparada, capacita os doentes para as transições eficientes. A capacitação é planeada de forma sistémica, onde cabe ao EEER identificar as alterações no autocuidado, organizar, planear as intervenções e avaliar os resultados. (Queirós, 2010; Marques-Vieira e Sousa, 2017).

Neste enquadramento, o ensino e envolvimento de familiares foi uma constante como peça fundamental para assegurar os cuidados ao doente devido ao nível de dependência elevados (Hesbeen, 2000; Andrade, 2009). Já que a maioria dos cuidados prestados foram a doentes com moderados a elevados níveis de dependência física, maioritariamente, as ações educacionais foram dirigidas à família/cuidadores dos doentes por forma a promover a segurança, conforto e as capacidades de cuidar de outra pessoa. Segundo os censos de 2011 mencionados pela DGS (2014), o índice de dependência total agravou-se na última década em 4%, aumentando de 48 para 52%, com tendência a piorar, resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década.

Laham (2003) citado por Sequeira (2010) refere que 80% dos cuidadores revelavam melhoria na prestação de cuidados após apoio dos profissionais de saúde, essencialmente devido às orientações proporcionadas, que possibilitavam ao cuidador uma melhor informação e, conseqüentemente, uma maior segurança no desempenho de determinadas tarefas. O processo de cuidar de um doente dependente pode ter repercussões na saúde física e emocional do cuidador, por isso é importante desenvolver intervenções junto deste para manter a sua saúde, melhorar o bem-estar e prepará-lo para integrar diferentes realidades associadas à condição de saúde do doente (Andrade, 2009). Por esta razão, tive sempre em conta a família como parceiro de cuidados, mas também como alvo de cuidados para a sua capacitação no que toca aos cuidados prestados, aplicando estratégias para compensar a sobrecarga dos cuidados inerentes a um doente dependente. Os resultados das intervenções realizadas são medidos pela capacidade que o doente/cuidador tem de incorporar novos comportamentos saudáveis no estilo de vida preferido (Hoeman, 2011). As atividades desenvolvidas visaram educar o doente/cuidador acerca da doença crónica, benefícios do tratamento e repercussões da não-adesão ao mesmo, e envolvê-la no processo de tomada de decisão sobre o seu regime terapêutico e capacitá-lo para se adaptar à sua nova condição. A educação

é necessária para a autogestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados às pessoas com doença crónica se prolongam no tempo, ou seja, fazem parte da rotina diária, pelo que as mesmas devem ser envolvidas no seu próprio processo de cuidados (Hoeman, 2011).

Por exemplo, as intervenções desenvolvidas junto do Sr. C de 80 anos, encaminhado para a ECCI por estar totalmente dependente de terceiros na realização de AVD devido a hemiparesia à esquerda resultante de um AVC isquémico em 2011, são ilustrativas das atividades realizadas no sentido de capacitar o doente/cuidador. Era um doente que não tolerava a posição ortostática. Em primeiro lugar, para facilitar a prestação de cuidados, foram sugeridas e realizadas mudanças na organização do espaço habitacional, como por exemplo o afastar de mobiliário para a passagem de uma cadeira de rodas. Assim, o Sr. C podia sair do quarto para outras divisões da casa, favorecendo a reintegração social e familiar. Deparei-me ainda com um quarto de dimensões reduzidas, em que a cama articulada do doente se encontrava encostada à parede e não tinha rodas, não sendo possível circular em torno da cama para posicionar o Sr. C. Após mudança da disposição do mobiliário e colocação de rodas, foi possível afastar a cama da parede, permitindo ao cuidador alternar os decúbitos do Sr. C, que anteriormente não fazia por não ser possível adotar uma posição ergonómica.

No que respeita à capacitação do doente foram desenvolvidas intervenções de enfermagem de reabilitação funcional sensório-motor que incluíram: mobilizações passivas nos diferentes segmentos articulares da cabeça, pescoço e membros superiores e inferiores, posicionamento em padrão antiespástico, treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado, transferência para cama/cadeira de rodas, atividades terapêuticas de rolar e ponte, correção postural nas posições deitado e sentado, com recurso a almofadas. Tendo sempre presente, a estimulação verbal, procurando a orientação e compreensão das suas intervenções, por parte do doente. Se inicialmente o Sr. C não fazia levantar para a cadeira de rodas por não tolerar a posição ortostática, no final do estágio, com a persistência das intervenções de reabilitação, o doente era transferido para a cadeira de rodas pelo menos uma vez dia com a ajuda do cuidador (Huber e Wells, 2009; Hoeman, 2000, 2011).

Paralelamente às atividades de reabilitação realizadas junto ao Sr. C, foram desenvolvidas sessões educacionais e treino de AVD individuais dirigidas ao cuidador, no sentido de o munir de conhecimentos e habilidades que assegurassem a satisfação

das necessidades do doente. Por esta razão, também o cuidador foi avaliado quando à aptidão e conhecimento para a prestação de cuidados a terceiros (Rice 2004; Hoeman, 2000, 2011). Logo à partida, foi identificado um défice de conhecimento e aptidões para executar de forma segura e eficiente os cuidados que o Sr. C necessitava, nomeadamente: higiene, vestir-se, comer, posicionar-se e transferir-se. Assim, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem de reabilitação destinadas à instrução das técnicas de transferência e posicionamento. O cuidador foi instruído como abordar o doente de forma a realizar a transferência em segurança, como também, foi instruído sobre o posicionamento do doente em padrão antiespástico na posição sentado/deitado, atendendo a hemiparesia identificada (Menoita *et al.*, 2012). Só depois de fornecidos os conhecimentos necessários ao cuidador, este iniciou a execução das técnicas de transferência e posicionamento com a minha supervisão. Estas atividades deram conhecimentos e competência ao cuidador para execução destas tarefas, que no fim do estágio, após várias sessões dirigidas ao treino de transferência e posicionamento já conseguia executar estas atividades sozinho e com maior confiança, destreza e segurança. Conseguindo assegurar o levante do Sr. C para a cadeira de rodas uma vez dia.

O cuidador também foi instruído para prestar os cuidados de higiene de acordo com as capacidades (previamente avaliadas) e preferências do doente. Foi consciencializado para a importância da higiene na promoção de saúde do Sr. C, nomeadamente: promoção da integridade cutânea, conforto e autoimagem (Potter e Perry, 2006). Assim, ao longo das visitas domiciliárias, foi treinado com o cuidador do Sr. C a realização do autocuidado de higiene no leito, já que o doente não tinha capacidade de receber este cuidado na casa de banho, apesar de esta estar preparada com diversos produtos de apoio (barras de apoio, cadeira de banho e material antiderrapante). Em todas as intervenções, teve sempre presente a estimulação e participação ativa do Sr. C dentro das suas capacidades, bem como, o reforço positivo ao cuidador. Ao longo das visitas domiciliárias, observou-se a crescente capacitação do cuidador do Sr. C para a realização do banho no leito, respeitando os princípios de ergonomia (também instruídos ao longo das visitas domiciliárias), segurança, conforto, dignidade, privacidade e autonomia do doente.

Este domínio de competência, também viabilizou a determinação, em conjunto com a família/cuidadores, dos objetivos funcionais para a recuperação de capacidade de autocuidado e prevenção de declínio funcional, que se fundamentou no incentivo

da família/cuidadores a integrar no seu quotidiano atividades que respeitassem e promovessem a participação do doente no seio familiar e reintegração social. Por exemplo: sentando o doente à mesa de refeições e oferecendo um talher para comer; dando tempo para a que o doente concretize determinada tarefa como lavar a cara ou secar parte do corpo; comunicando de forma simples, objetiva e clara; e/ou utilizando a estimulação sensorial para motivar o doente na realização de AVD (Hoeman, 2000, 2011; Marques-Vieira e Sousa, 2017). Desta forma, foi possível promover a adesão a melhores cuidados de saúde e, conseqüentemente, ao plano terapêutico.

A propósito da referência à promoção da adesão a melhores cuidados de saúde, vale a pena esmiuçar as atividades que concorreram para promover a adesão terapêutica aos PRFR, um dos objetivos principais do projeto de estágio e que foram principalmente desenvolvidas no contexto hospitalar.

Os PRFR, de acordo com OE (2018), são uma mais valia, quer no prognóstico da doença, com menor número de exacerbações e menor mortalidade, quer na utilização racional dos serviços de saúde disponíveis, com menor recurso à urgência e a consultas não programadas. A não-adesão ao tratamento compromete os efeitos positivos do tratamento ao poder provocar complicações da doença, reduzir a qualidade de vida dos doentes, aumentar a probabilidade de desenvolvimento de resistência medicamentos e desperdiçar recursos de cuidados de saúde (OE, 2009). Um dos principais problemas atualmente do sistema de saúde é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, cujas conseqüências tanto se refletem na morbidade e mortalidade (OE, 2009). A adesão ao tratamento pode ser promovida pelos profissionais de saúde, nomeadamente o EEER, tendo em conta os fatores limitadores e promotores de adesão ao tratamento (Scullion, 2010).

Ao longo do estágio constatei que as taxas de abandono na URR, ou seja, de não adesão são muito baixas, situação que inclusive mudou a perspetiva inicial do meu projeto académico. Em vez de me focar na determinação do nível de adesão terapêutica dos doentes com DPOC ao PRFR, foquei-me em identificar as intervenções desenvolvidas pelo EEER que melhoram a adesão terapêutica do doente com DPOC aos PRFR. Conseqüentemente, verifiquei que as estratégias para este efeito não eram descritas nem documentadas com detalhe, contribuindo para a falta de evidência e reconhecimento face à prática de enfermagem (Benner, 2001). Há uma quantidade imensa de “(...) conhecimento não referenciado (...) integrado na prática

e no “saber fazer” (...) dos enfermeiros peritos, no entanto ao não registrar as aprendizagens resultantes das suas experiências, o conhecimento não poderá alargar-se ou desenvolver-se completamente (Benner, 2001, p.40). A partir daqui, direccionei a minha intervenção no sentido de identificar e documentar as ações especializadas que concorrem para promover a adesão aos PRFR, já que na URR os EEER são os únicos profissionais que executam o plano de reabilitação junto do doente com DPOC. O seu contributo é fundamental para atingir os objetivos dos PRFR, o que viabiliza concluir que os resultados de reabilitação obtidos são sensíveis à prática de enfermagem.

Em seguida, faço a apresentação dessas intervenções. Primeiro, o facto do EEER, nesta URR, ser responsável pelo o acolhimento do doente, logo após a consulta médica, o que permite estabelecer uma ligação de confiança e mesmo tempo conhecer as suas características, preferências e expectativas face ao PRFR. O acolhimento favorece o acompanhamento individualizado com base no estabelecimento de uma relação terapêutica de parceria (Bugalho e Carneiro, 2004). Este é mantido ao longo das sessões do PRFR pela supervisão dos exercícios de RFR, reconhecendo dificuldades, adequando exercícios às capacidades reais do doente, programando/aplicando os incrementos de resistência na realização de exercícios para maximizar as capacidades identificadas, fazendo correções, dando reforço positivo e esclarecendo dúvidas. Mais do que isto, é o EEER que promove a continuidade de cuidados adaptando os exercícios de RFR ao domicílio e disponibilizando folhetos informativos sobre os mesmos para facilitar a sua execução em casa. Acrescentei às intervenções desenvolvidas pelos EEER da URR a avaliação do potencial de adesão terapêutica, recorrendo ao preenchimento do catálogo CIPE, conforme planeado no projeto de estágio, para identificar as dificuldades e constrangimentos à adesão terapêutica.

Assim sendo, procurei em todas as situações identificar os principais fatores de não-adesão. Destaco idade e baixo nível de literacia; alteração da função cognitiva (défice de atenção e memória); estágio inicial da doença, quando a sintomatologia pode não ter um impacto significativo nas AVD e por isso subestimada pela pessoa; dificuldade de acesso aos cuidados de saúde (transporte, distância); dificuldades socioeconómicas para aquisição da terapêutica, deslocação às consultas; complexidade do esquema terapêutico e tempo de tratamento prolongado; sobrecarga do cuidador e diversidade de dispositivos de inaloterapia, o que, associado à baixa

literacia e baixo nível cognitivo, dificulta a compreensão da técnica de administração (OMS, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004).

A revisão bibliográfica efetuada para o projeto de estágio munuiu-me de conhecimentos sobre os fatores de não adesão, de modo a compreender as dificuldades dos doentes e atuar em conformidade, já que a sua eliminação ou atenuação concorre para a promoção de adesão terapêutica. Alguns fatores podem ser preditivos da não adesão ao PRFR, tais como: tabagismo ativo, isolamento social, depressão, diminuição da força ao nível dos membros inferiores, as exacerbações frequentes da doença, as longas distâncias em relação ao local de implementação do programa de reabilitação, uma maior pontuação da escala *Medical Research Council* e os custos associados ao tratamento (OE, 2018b). Também o baixo estatuto socioeconómico, analfabetismo e baixo nível educacional, desemprego, crenças culturais acerca da doença e do tratamento, fatores relacionados com a terapêutica (efeitos secundários e complexidade e duração do tratamento) e a falta de suporte familiar/social podem influenciar a adesão terapêutica do doente ao tratamento (OMS, 2003; OE, 2009).

Decorrente da avaliação do potencial de adesão terapêutica, os principais fatores de não-adesão que identifiquei ao longo do estágio foram: idade e baixo nível de literacia; alteração da função cognitiva (défice de atenção e memória); estágio inicial da doença, quando a sintomatologia pode não ter um impacto significativo nas AVD e por isso subestimada pela pessoa; dificuldade de acesso aos cuidados de saúde (transporte, distância); dificuldades socioeconómicas para aquisição da terapêutica, deslocação às consultas; complexidade do esquema terapêutico e tempo de tratamento prolongado; sobrecarga do cuidador e diversidade de dispositivos de inaloterapia, o que, associado à baixa literacia e baixo nível cognitivo, dificulta a compreensão da técnica de administração.

As intervenções de enfermagem implementadas foram sempre antecedidas de uma breve colheita de dados procurando conhecer o nível de informação que o doente tinha sobre o seu estado de saúde atual, complementando a informação em falta de acordo com os limites deontológicos da profissão de enfermagem, demonstrando disponibilidade para responder a dúvidas, e justificando as intervenções aplicadas, efeitos espectáveis e cuidados com que o doente poderia contribuir para esta vigilância em saúde. Igualmente, procurei sensibilizar o doente para a importância da

adesão terapêutica, através da explicação dos benefícios da mesma e dos malefícios em caso de não adesão e do treino repetido das competências instrumentais.

Após a identificação das dificuldades e constrangimentos, coube-me planejar a minha intervenção junto do doente para melhorar a adesão, ajudando a integrar os diferentes aspetos do regime terapêutico, tornando-me um recurso através de uma relação de parceria. Investi ao longo do estágio em ações educacionais individuais ao doente sobre a estratégia e os componentes do PRFR para que compreendesse claramente a doença, os benefícios do PRFR e as consequências de não-adesão. Estabeleci em parceria com os doentes objetivos mensuráveis e realistas face ao PRFR, elaborando PRFR centrados nas características/capacidades do doente e nas suas preferências (DGS, 2009). Em cada sessão foquei a aprendizagem dos diferentes componentes do PRFR de acordo com as capacidades cognitivas do doente bem como, motivava o doente para a realização dos exercícios evidenciando os ganhos em saúde alcançados até à data (aumento da oximetria periférica, diminuição dos sintomas respiratórios). Normalmente, os doentes estavam motivados para a realização do PRFR devido ao impacto funcional respiratório da doença no seu quotidiano, que vai de encontro ao referido por Potter e Perry (2006) que identifica a funcionalidade como um dos principais razões para a aprendizagem. De modo a ultrapassar as dificuldades de memorização, forneci folhetos informativos sobre os PRFR (exercícios e técnicas) e sobre inaloterapia disponíveis na URR.

Constatei que as técnicas de RFR instituídas para a redução de sintomas eram as que mais contribuíram para manter o doente motivado e, conseqüentemente, não abandonasse o tratamento. A gestão dos sintomas respiratórios através de técnicas de RFR, favorecem a eliminação de secreções, contribuindo para a desobstrução brônquica e redução das repercussões funcionais. Além disso, impedem a retenção de secreções que por sua vez pode conduzir a exacerbações da doença e deteriorar progressivamente a capacidade funcional respiratória do doente (Heitor *et al.*, 1988; Cordeiro e Menoita, 2012). Notei que as mais difíceis de aprender foram as técnicas de controlo respiratório (já explicadas anteriormente) e as mais fáceis de integrar no quotidiano, pela sua eficácia, foram as técnicas de conservação de energia e alívio da dispneia e as técnicas de limpeza da via aérea (tosse dirigida, drenagem postural modificada, uso de dispositivos de ajuda como *flutter* e *acapella*). Naturalmente que, atendendo aos benefícios das técnicas anteriormente referidas, foram atividades que concorreram para a promoção da adesão terapêutica.

Igualmente, intervim no sentido de otimizar a terapêutica inalatória contribuiu para promover a adesão terapêutica. A terapêutica inalatória desempenha um papel central na gestão da DPOC, todavia, muitos doentes não a realizam da forma mais correta, o que resulta numa diminuição da quantidade de fármaco administrado, o que por sua vez leva a que haja um menor controlo da doença (Hoeman, 2011; Cordeiro e Menoita, 2012; Aguiar, Lopes, Ornelas, Ferreira, Caiado, Mendes e Pereira-Barbosa, 2017). A via inalatória constitui o método preferencial para administração de terapêutica no tratamento de doenças respiratórias. A via inalatória tem muitos benefícios, nomeadamente, a redução do trabalho respiratório pela diminuição da obstrução do fluxo aéreo e inflamação das vias aéreas, o alívio dos sintomas respiratórios e dispneia e o tratamento precoce das exacerbações através de uma menor quantidade de fármaco em relação à via oral ou parentérica (Cordeiro e Menoita, 2012). Porém, os resultados positivos não dependem só da adesão do doente ao tratamento. É necessário também a utilização correta dos dispositivos de inalação, o que por sua vez reduz os níveis de abandono desta terapêutica (Bugalho, 2016). Neste âmbito, recorri ao uso de placebos para treino da técnica de administração de terapêutica inalatória dado que, atualmente existem uma enorme diversidade de sistemas de inalação, cada um com uma técnica de administração diferente. O treino com inaladores placebo foi fundamental para o doente treinar a destreza manual com o aparelho e interiorizar os vários passos de administração (Aguiar *et al.*, 2017). Fiz uso dos folhetos informativos disponíveis na URR sobre a técnica inalatória e responsabilizei cada doente de trazer para cada sessão de RFR os seus dispositivos de inalação para poder validar regularmente a técnica inalatória, conforme as orientações da DGS (2017). Em cada sessão de RFR validei com o doente os ensinamentos efetuados, até estes estarem corretamente apreendidos, registando as informações em folha própria (anexo XVII).

Vale a pena referir, que o desenvolvimento desta atividade foi das mais fáceis porque além de ser subsidiada pela evidência científica também usufruiu da experiência profissional do meu local de trabalho, dado já ter cuidado anteriormente de outros doentes com prescrição de terapêutica inalada. Esta experiência profissional permitiu-me antecipar as necessidades educacionais e treino do doente. Como também, ajudá-lo a adaptar-se ao sistema de inalação prescrito ou a encontrar o sistema mais adequado às suas preferências e características funcionais respiratórias e motoras (a execução e ativação do dispositivo podem ser limitadas se exigirem uma

ativação pela inspiração com altos fluxos inspiratórios, nos casos de DPOC ou se existirem alterações anatómicas) (Bugalho, 2016).

Tive ainda a oportunidade de desenvolver as atividades dirigidas à cessação tabágica, que pode contribuir para promover a adesão aos PRFR. Muitos dos doentes com DPOC continuam a fumar ao iniciarem os PRFR, o que contribui para o agravamento da função pulmonar (Hoeman, 2011; DGS, 2009). O tabaco é um dos principais fatores de risco de DPOC (DGS, 2011). Em Portugal se estima que o consumo de tabaco seja responsável por 11,7% do total de mortes (DGS, 2013). Essencialmente, foquei-me em incluir na minha abordagem informações básicas sobre os malefícios do tabaco e sobre os benefícios da desabitação tabágica, averiguando em cada sessão de RFR se o doente tinha vontade de deixar de fumar. Em caso afirmativo, encaminhava o doente, com a ajuda do orientador clínico, para a consulta de cessação tabágica disponível no hospital.

Complementarmente, na comunidade pude verificar que a sobrecarga do cuidador é um fator limitador da adesão terapêutica que merece destaque (OE, 2009). A prestação de cuidados por familiares acarreta repercussões pessoais, sociais e económicas que levam à exaustão quer física quer emocional do cuidador (Andrade, 2009). O EEER deve ser capaz de identificar sinais de sobrecarga dos cuidadores, para poder adequar estratégias de *coping* e articular suporte social necessário à promoção da satisfação das necessidades do cuidador e diminuição do stress e ansiedade associados ao ato de cuidar (Pereira e Silva, 2012). Nesse sentido, fomentei momentos de transmissão de informação e treino de estratégias para lidar com situações que ultrapassem as suas capacidades físicas e psicológicas, nomeadamente: ajudar a alimentar, ajudar nos cuidados de higiene, ajudar a vestir-se ou ajudar a deslocar-se.

Em suma, o EEER encontra-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão terapêutica. Desempenha um papel importante na otimização da adesão terapêutica ao nível da pessoa, da família, da comunidade e do sistema de saúde (OE, 2009).

As atividades anteriormente descritas e analisadas permitiram não só dar resposta ao domínio das competências específicas do EEER no que respeita à capacitação do doente/família/cuidador, mas também aos seguintes objetivos individuais: capacitar a pessoa com DPOC para promover o autocuidado e qualidade de vida como para maximizar capacidades funcionais a nível motor e respiratório promovendo a

reinserção social e exercício da cidadania; capacitar a pessoa assistida em contexto comunitário para o autocuidado promovendo a reinserção social e exercício da cidadania; promover o projeto de saúde, os processos de readaptação e capacidade para o autocuidado da pessoa com DPOC visando a adesão ao PRFR.

Por fim, relativamente à competência específica **3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**, foram implementadas intervenções no sentido de maximizar as capacidades funcionais do doente e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoas (OE, 2010b).

Para este domínio concorrem os programas de RFR, sensório-motores e de eliminação desenvolvidos ao longo do estágio que permitiram uma maior capacitação e maximização da funcionalidade dos diferentes sistemas corporais, conferindo maior autonomia ao doente/cuidador, principalmente no autocuidado. A prestação destes cuidados permitiu não só promover a saúde doente, mas também prevenir complicações e maximizar o potencial funcional do doente. Considerando que o ensino realizado ao doente/família/cuidador foi fundamental, uma vez que, a informação partilhada com o doente/família/cuidador permite o aumento de conhecimentos, induzindo o desenvolvimento das suas capacidades, autonomia e qualidade de vida. Particularmente importantes para a aquisição desta competência foi a execução de atividades relacionadas com o treino de AVD (principalmente no doente com maior limitação funcional) e o treino de exercício físico no doente com DPOC (aeróbio e de força). Ambos implementados com vista à maximização da funcionalidade do doente.

No que diz respeito ao treino de exercício físico no doente com DPOC, este era realizado após os exercícios de RFR e correção postural. Em cada sessão, conforme o referido em António, Gonçalves e Tavares (2010) e Butts, Belfer e Gebke (2013), realizava-se a avaliação inicial, durante e no final do estado de saúde atual do doente para compreender se reuniam as condições necessárias para executar o treino de exercício. A avaliação tinha em consideração os seguintes parâmetros: avaliação da dispneia e fadiga (escala de *Borg*) e avaliação de sinais vitais (saturação periférica de oxigénio, frequência respiratória, frequência cardíaca e tensão arterial. Os doentes que apresentassem valores elevados de frequência respiratória e/ou grau de dispneia em repouso (valor igual ou superior a 4 na escala de *Borg*) tinham indicação para aguardar até os valores regressassem à normalidade. Já nos doentes com saturação

periférica de oxigénio iguais ou inferiores a 90% era comunicado ao médico para averiguar necessidade de oxigenoterapia. Durante a sessão, além da monitorização dos valores de saturação periférica de oxigénio e colocação de oxigenoterapia (indicação médica), eram incentivados à realização do treino de exercício aplicando as técnicas de controlo da respiração e redução de tensão psíquica e muscular abordadas nas sessões de RFR (consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semi-cerrados, respiração diafragmática, correção postural e posições de descanso e relaxamento). Estas técnicas contribuem para uma respiração eficaz e para aliviar os sintomas de dispneia, podendo melhorar os níveis de saturação periférica de oxigénio. No caso dos doentes com DPOC, por terem um padrão respiratório rápido e superficial (trabalho dos músculos respiratórios acessórios e da região torácica superior aumentado), asseguram um padrão respiratório normal e energeticamente eficiente prevenindo e corrigindo defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar (Marques *et. al.*, 2016). Após a avaliação, o doente realizava exercícios de alongamento e aquecimento relativos aos grupos musculares que iriam ser exercitados. Os alongamentos ajudam a equilibrar os comprimentos do músculo, previnem lesões, melhoram a flexibilidade, melhoram a postura e corrigem o alinhamento corporal. A sincronização dos movimentos respiratórios com o alongamento estimula a descontração e reduz o stress (Cordeiro e Menoita, 2014). Quando necessário, durante a sessão, o doente aplicava técnicas de higiene brônquica para visar o desprendimento de secreções dos segmentos broncopulmonares distais para os proximais (melhor expulsão) e assegurar a limpeza das vias aéreas e melhoria das trocas gasosas, reduzindo a probabilidade de complicações da doença (Cordeiro e Menoita, 2012; Marques *et. al.*, 2016).

Posteriormente, o doente passava para o treino aeróbio, ou seja, treino de marcha ou cicloergómetro ou bicicleta durante aproximadamente 15-20 minutos. O treino iniciava-se com a duração de 5 minutos e progressivamente ia aumentando em períodos de 5 minutos. Ao atingir os 15-20 minutos de duração, a progressão era ditada pela perceção de esforço (escala de *Borg*) ou pela frequência cardíaca. Como os doentes com DPOC apresentam frequentemente descondicionalismo físico (diminuição da força muscular dos membros superiores e inferiores), dimensão que quando afetada tem um impacto significativo no estado funcional e condição de saúde do doente, era também incluído no treino de exercício o treino de força muscular com

recurso pesos de tornozelo e *halteres*. A intensidade dos exercícios era determinada, pelo médico, consoante os resultados da prova de marcha dos seis minutos, prova de esforço cardiorrespiratório e teste incremental que avaliam a tolerância ao exercício (Marques *et. al.*, 2016). Cada sessão terminava com exercícios de alongamento/arrefecimento relativos aos grupos musculares exercitados.

Esta situação clínica particular, possibilitou implementar o treino físico no doente com DPOC bem como os exercícios de RFR já descritos anteriormente. Foi uma situação clínica exigente que implicou um grande empenho da minha parte para o domínio das técnicas de RFR correspondentes a cada fase do plano de reabilitação. As especificidades da DPOC são muitas, obrigando o profissional de saúde, neste caso o EEER, a ter uma grande sensibilidade na avaliação do doente antes, durante e após as sessões de RFR. Além disso, o EEER tem que ter destreza na aplicação das técnicas bem como, dominar as indicações, contraindicações e limitações das mesmas para que ao as implementar as suas intervenções estas tenham os melhores resultados possíveis, sempre respeitando a individualidade e capacidade funcional do doente.

Igualmente, as atividades dirigidas à promoção da adesão aos PRFR junto do doente com DPOC desenvolveram a capacidade de saber reconhecer e identificar os fatores que influenciam a adesão terapêutica e implementar intervenções promotoras específicas de adesão. Contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a maximização do nível de autonomia na gestão da doença.

Em suma, a oportunidade de conceber, implementar e avaliar os resultados dos programas de reabilitação determinados, nos diferentes locais de estágio, permitiu o desenvolvimento de estratégias face às limitações impostas pela doença e a reintegração familiar e social do doente. Enquanto que a monitorização da implementação e dos resultados obtidos em conjunto com os orientadores clínicos permitiram constatar o contributo das intervenções de enfermagem de reabilitação para a maximização das capacidades reais e potenciais do doente/família/cuidador. Por tudo isto, considero ter dado resposta à competência específica do EEER **maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

1.2. Avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio: pontos fortes e pontos fracos

Com a realização deste capítulo pretende-se demonstrar os pontos fortes, as limitações e as dificuldades percebidas na implementação do projeto de estágio. A avaliação leva à identificação que potencia a mudança de atitude, numa lógica de construção de competências e desenvolvimento profissional (OE, 2003b).

Em primeiro, a elaboração do projeto de estágio surgiu como elemento facilitador para o desenvolvimento das competências preconizadas pela OE. O projeto permitiu traçar um caminho a percorrer, de modo a desenvolver as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de EEER, demonstrando ser uma ferramenta dinâmica e potencializadora de aprendizagens. Essencialmente pela sua estrutura, com base na metodologia de projeto e nas etapas do método científico inerentes à aplicação do processo de enfermagem. Isto conferiu-lhe maior rigor e, simultaneamente, constitui-se como um alicerce fundamental para o desenvolvimento das atividades realizadas em EC. Em segundo, a redação deste relatório, última etapa do percurso académico, possibilitou refletir acerca do meu processo formativo, identificando e expondo as aprendizagens e dificuldades vividas durante o EC. Na verdade, a descrição e análise das atividades desenvolvidas são a base para avaliar o trabalho realizado, confrontando os resultados obtidos com os inicialmente determinados.

Analisando globalmente o percurso, posso afirmar que consegui alcançar satisfatoriamente os objetivos delineados, com o intuito de desenvolver competências comuns de EE e específicas de EEER. Ainda assim, considero que a aplicação do projeto de estágio teve alguns pontos fortes e pontos fracos que merecem ser destacados.

A realização do estágio no contexto comunitário e contexto hospitalar permitiu-me interagir e partilhar experiências/conhecimentos com enfermeiros peritos, mestres e especialistas na intervenção ao doente com problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, sensoriomotor, deglutição e de eliminação (vesical e intestinal), facto que enriqueceu o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Esta divisão do EC contribui para a prestação de cuidados ao doente num foco de reabilitação, favorecendo conhecer um leque de respostas, de significados e de comportamentos destinados a fazer frente às situações diagnosticadas. Daí,

considerar que agora disponho de uma abordagem mais diferenciada na prestação de cuidados de reabilitação. Esta diferenciação permite, na qualidade de futuro EEER, diagnosticar, elaborar e implementar planos de reabilitação centrados no doente com vista à adaptação deste ao seu estado de saúde e capacitação para autocuidar-se, favorecendo a transição saudável entre papéis.

A prática de enfermagem é complexa. “As práticas crescem através da aprendizagem experimental e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados” (Benner, 2001, p.12). O facto de ter iniciado o estágio pela comunidade compreendi que o âmbito de intervenção do EEER neste contexto é mais alargado do que no hospital, uma vez que no hospital a intervenção do EEER está condicionada pela natureza da patologia que motivou o doente a ser internado assim como pelas prioridades terapêuticas. A UCCI abriu-me, fundamentalmente, a porta para alargar o meu conhecimento e a minha competência de intervenção para além da problemática da DPOC que defini no projeto de estágio. Este local de estágio foi rico em situações clínicas essencialmente focadas na reabilitação do doente ao nível sensoriomotor, deglutição e eliminação. Além disso, as especificidades que motivaram o acompanhamento pela ECCI foram consideravelmente diferentes daquelas que habitualmente contacto no meu local de trabalho, o que acabou por ser exigente, mas altamente desafiante, expandido os meus conhecimentos e competências.

Já o contexto hospitalar, foi importante por permitir desenvolver as atividades inicialmente determinadas no projeto de estágio. A prestação de cuidados na URR possibilitou implementar as intervenções de enfermagem de reabilitação na área respiratória com a tónica de promover a adesão aos PRFR. Muito embora, as atividades tenham sido desenvolvidas numa perspetiva diferente à projetada. Isto porque, ao iniciar o percurso nesta unidade constatei, com a ajuda do orientador clínico, que adesão aos PRFR não era um problema. Partindo daqui, de forma a potencializar a visibilidade do contributo dos cuidados de ER para os resultados em saúde, ao longo do estágio na URR, procurei identificar e conhecer as atividades de enfermagem que contribuíam para promover a adesão aos PRFR e que não eram documentadas. Particularmente positivo, por me ter permitido identificar os fatores de capacitação e os potenciais fatores promotores e limitadores de adesão aos PRFR, para poder desenvolver estratégias de apoio educativas necessárias à compreensão da importância da adesão e cumprimento do regime terapêutico. Neste contexto de estágio adquiri uma maior destreza manual, sendo uma enorme mais valia a

oportunidade de monitorizar os doentes, em termos hemodinâmicos, analíticos e imagiológicos, que possibilitou a observação a curto prazo de resultados da intervenção do EEER e permitir ajustar a minha intervenção. Assim, considero ter adquirido uma maior capacidade de avaliação das necessidades do doente com vista a estabelecer planos de intervenção adequados e relevantes para a pessoa.

Em suma, cada local de estágio contribui para a toma de consciência e estruturação do meu pensamento crítico na área de enfermagem de reabilitação, compreensão da intervenção do EEER e, conseqüentemente para o desenvolvimento de competências previstas. Além disso, as experiências práticas permitiram-me mobilizar e integrar aprendizagens decorrentes das diferentes unidades curriculares, da evidência científica mais atual e de conhecimentos resultantes do meu contexto profissional, constituindo-se como a ponte entre a teoria e prática.

Também considero positivo ter conseguido reconhecer, ao iniciar o EC na comunidade, a necessidade de formular novos objetivos que abarcassem a diversidade de experiências de enfermagem de reabilitação deste contexto. Não permitindo que o projeto de estágio fosse prescritivo da minha intervenção, o que facilitou manter um espírito empreendedor, aberto e dinâmico, sem o prejuízo dos objetivos individuais, profissionais e académicos. A determinação e planeamento das atividades que surgiram nesta sequência enriqueceram o meu percurso formativo. Apesar de não fazerem parte do planeamento inicial, como já referi, possibilitaram intervir noutras dimensões às quais não me tinha proposto, abrindo caminho para o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências. Um exemplo demonstrativo da importância de termos a capacidade e sensibilidade para aproveitar os contributos que o contexto prático nos dá para ampliarmos o âmbito da nossa intervenção e satisfazermos as necessidades do doente.

Outro aspeto positivo, foi a prestação de cuidados especializados baseados em sólidos padrões de qualidade, através de uma reflexão constante das práticas, subsidiados pela aplicação de instrumentos de avaliação validados, avaliação dos resultados dos cuidados e pela pesquisa de bibliografia científica mais atual. A relação terapêutica foi um elemento chave no desenrolar de qualquer intervenção especializada de ER, um valioso instrumento de trabalho. Permitiu conhecer profundamente o doente e o ambiente que o rodeia. Sem este instrumento teria sido impossível apurar as expectativas e objetivos do doente/família/cuidador face aos cuidados de reabilitação como fomentar a exposição de dúvidas e dificuldades.

Segundo Benner (2001), o enfermeiro desenvolve as suas competências de forma gradual e ao longo do tempo, sendo condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão e pelas suas características individuais, tal como do contexto profissional. Para além da aprendizagem teórico-prática no contexto dos estágios, as reflexões críticas sobre a prestação dos cuidados realizados foram uma oportunidade para a aquisição de conhecimento, análise das intervenções e melhoria da prática de cuidados. Contribuindo para sedimentar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos e permitiram o crescimento do conhecimento científico, prático e relacional.

Os obstáculos ou dificuldades fazem parte do processo de aprendizagem e ao longo desta aprendizagem profissional não foi exceção. Portanto, considera-se que a aplicação do projeto de estágio teve também alguns pontos fracos que merecem ser destacados para melhoria de processos de formação futuros e/ou semelhantes.

Considero que ensinar a família/cuidador sobre as patologias, sintomas, medidas de gestão (nutrição, imobilidade, regime medicamentoso, comunicação, etc.), assim como, instruir sobre técnicas facilitadoras do processo de cuidar foram uma das maiores dificuldades encontrados na comunidade. Entrar em casa do doente, conhecer os seus hábitos e tentar mostrar o benefício de os alterar é verdadeiramente um processo exigente. Mais, neste contexto, os ganhos em saúde são muito subtis e graduais, levando muito tempo a obter-se pequenas, mas significativas mudanças na realidade do doente.

Destaco ainda, o tempo de estágio dedicado ao doente em internamento na URR. Teria sido uma mais valia passar mais tempo em ambulatório (departamento) de maneira a conseguir acompanhar os resultados das intervenções de enfermagem continuamente. O acompanhamento de doentes em internamento, apesar de ter facilitado a progressão relativamente a habilidade de avaliação e gestão sintomática, não facilitou a avaliação das intervenções de ER desenvolvidas, muitas vezes devido às altas clínicas ou transferências de hospital que interrompia a continuidade de cuidados. Por outro lado, aponto como aspeto desfavorável não ter tido a oportunidade de prestar cuidados ao doente com DPOC na frequência que desejava. Ainda assim, ter estruturado o projeto de estágio dirigido ao doente com DPOC deu-me bastantes subsídios para intervir noutras patologias respiratórias encontradas na URR.

Resumidamente, o caminho percorrido possibilitou o desenvolvimento das competências comuns do EE, dado que a prestação de cuidados se baseou na

responsabilidade profissional, visando a melhoria contínua da qualidade, uma gestão eficaz dos cuidados e o desenvolvimento contínuo das aprendizagens pessoais e profissionais. Possibilitou também, o desenvolvimento das competências específicas do EEER, nomeadamente, no doente com doença respiratória e com alterações sensoriomotoras, deglutição e eliminação, capacitando o doente para o exercício da cidadania e maximizando a funcionalidade.

Por fim, refiro algumas sugestões, tendo em conta o objetivo da melhoria contínua dos cuidados. Tanto a URR como a UCCI, beneficiariam de realizar ações educacionais coletivas dirigidas aos doentes/família/cuidadores. Na URR dirigidas aos doentes, como parte integrante dos PRFR, aumentado os seus conhecimentos sobre as suas patologias e, conseqüentemente, a sua autonomia na gestão da mesma. Na UCCI, alguns doentes/família/cuidadores beneficiariam de sessões de esclarecimento sobre as patologias e seus cuidados, apoios sociais existentes na comunidade e como adquirir produtos de apoio. Sugeriria a implementação de sessões educacionais de grupo para cuidadores, onde os cuidadores pudessem partilhar as suas experiências de cuidar e receber formação dos profissionais de saúde. Nestas sessões, os cuidadores poderiam expor as suas dificuldades e obter estratégias para lidarem com as dificuldades/incapacidades do cuidar, prevenindo a sobrecarga do cuidador ou insatisfação do doente. Desta maneira, o EEER poderia estar a contribuir para a promoção da adesão ao regime terapêutico.

Em síntese, a possibilidade de poder realizar o estágio em ambientes distintos, comunidade e hospital, permitiu-me enquanto futuro EEER, conhecer, compreender, aprender e desenvolver competências em cada uma das áreas. Estas são áreas complementares, onde o objetivo principal é a reintegração do doente na comunidade, possibilitando ao doente evoluir progressivamente para a independência e promover o autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório e as experiências vivenciadas ao longo do estágio proporcionaram a aquisição e desenvolvimento de competências que permitiram integrar e articular os conhecimentos adquiridos na teoria, com a prática. Para além do desenvolvimento de competências na área da especialidade, foi ainda possível, desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência estimulando a procura do conhecimento científico.

Os locais de estágio permitiram cumprir os objetivos previamente delineados que sustentaram o crescimento e desenvolvimento como EEER, quer na vertente motora quer no âmbito da RFR, dada a multiplicidade de experiências.

Compreendi que o processo de reabilitação inclui um conjunto de etapas onde é fundamental que o EEER tenha uma abordagem sistémica para atingir os objetivos determinados. Sendo alguém que tem como função aumentar o nível de independência, incluindo ações de promoção de saúde e prevenção de complicações, contribuindo significativamente para potenciar o envolvimento doente/família/cuidador no processo de reabilitação, encarando-os como parceiros na tomada de decisão. O EEER tem uma intervenção de “educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro da equipa” (Hoeman, 2000; p.17).

A intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC pode manter ou melhorar o seu estado funcional, nomeadamente através do treino e manutenção de técnicas de RFR, de gestão de esforço, de conservação de energia, de reconhecimento de dispneia e de gestão de agudizações. As intervenções educacionais, promotoras do conhecimento sobre estas temáticas, são medidas simples e fundamentais para melhorar a adesão terapêutica e o autocuidado, o que permite a gestão da doença, o aumento da autonomia e a melhoria da qualidade de vida. Também diminuem as agudizações e a necessidade de internamento, minimizando a assim a progressão da doença. Desta forma o EEER contribui para o bem-estar e autocuidado e ainda para a reeducação funcional, estes que são enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2018a).

Embora a adesão aos PRFR não seja considerada um problema na URR onde realizei o meu EC, devido essencialmente a haver um conjunto de intervenções desenvolvidas pelos EEER que concorrem para o mitigar. Foi a capacidade de saber

reconhecer e identificar na prática os potenciais fatores limitadores e facilitadores de adesão aos PRFR que possibilitou a implementação intervenções promotoras de adesão ao regime terapêutico. Esta aptidão contribui para a melhoria da qualidade de vida e para a maximização do nível de autonomia na gestão da doença por parte do doente. Daí ser importante a valorização da adesão terapêutica por parte do EEER. Só estando desperto para esta problemática, o EEER pode ajudar o doente a compreender importância da adesão terapêutica e cumprimento do regime terapêutico.

As experiências nos contextos clínicos permitiram-me desenvolver uma visão mais ampla da reabilitação nos seus diversos contextos, compreender e interiorizar a importância da multidisciplinaridade no sucesso destas ações assim como criar bases para conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, adaptados aos problemas reais do doente. Verifiquei que é essencial implicar a família/cuidadores nos cuidados, fornecendo orientações no sentido de facilitar todo o processo de reabilitação e adaptação à doença. Concomitantemente, é fulcral que a articulação entre contexto hospitalar e a comunidade seja eficaz, sendo o EEER decisivo, a fim de promover a continuidade dos cuidados de reabilitação e adaptar as intervenções às necessidades reais do doente e família/cuidadores, tendo em conta o contexto domiciliário.

Durante o estágio, o foco da minha aprendizagem esteve dirigido não só para a necessidade de adquirir conhecimentos e técnicas específicas de ER, mas também para o desenvolvimento de competências específicas que sustentem uma abordagem mais diferenciada ao doente, tendo em conta o seu contexto social e familiar. O exercício de uma prática avançada, que assenta numa abordagem centrada no doente, permitiu uma resposta mais orientada para as reais necessidades do mesmo. Para este efeito baseei a minha prática na evidência científica e refleti, ao longo do EC, sobre o processo de desenvolvimento de uma prática especializada, de modo a prestar cuidados de excelência ao doente/família/cuidador.

Neste seguimento, considero englobar os conhecimentos e competências adquiridas, com vista a restabelecer a função e capacitar o doente para o autocuidado e promover a adesão terapêutica ao regime terapêutico. Pretendo manter uma constante atualização dos conhecimentos, com o objetivo de realizar cuidados de forma consciente, refletida e tendo por base a evidência científica mais recente.

Pretendo ainda, prestar cuidados de reabilitação no meu local de trabalho, promovendo a continuidade dos cuidados dentro do meu serviço, como também, no domicílio do doente adaptando os cuidados prestados ao domicílio tanto quanto possível.

Em suma, a desafio da ER consiste em ajudar o doente com incapacidade a adaptar-se e poder conviver com a sua condição para que desempenhe as AVD de forma tão autónoma quanto possível, maximizando a sua capacidade funcional. As experiências nos contextos clínicos permitiram-me desenvolver uma visão holística da reabilitação nos seus diversos contextos, compreender e interiorizar a importância da multidisciplinaridade no sucesso destas ações assim como, criar bases para conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, adaptados à realidade factual dos destinatários.

Em conclusão, todo este processo académico permitiu o alcance dos objetivos a que me propus no projeto de estágio e também, o desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEER. Promovendo um progressivo crescimento pessoal e desenvolvimento profissional, contribuindo positivamente para a futura intervenção especializada em enfermagem de reabilitação.

Ainda há um longo caminho a percorrer, mas ambição de mostrar a importância do EEER no seio da equipa multidisciplinar, demonstrando os conhecimentos e competências adquiridos neste percurso, irão abrir caminho para dar continuidade ao dever para com a profissão de enfermagem, de evidenciar a necessidade de existência dos cuidados de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. (Eds) (2010). *Medicina Temas Actuais: Pneumologia Clínica* (Vol 3 e 4). Lisboa: AtralCipan;

António, C.; Gonçalves, A. P. & Tavares, A. (2010). Doença pulmonar obstrutiva crónica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol. 16 (4), 649-658;

Aguiar, R.; Lopes, A.; Ornelas, C.; Ferreira, R; Caiado, J.; Mendes, A.; Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória: técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 25 (1), 9-26;

Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar em Enfermagem*. 13 (1), 61-71;

Andrade, L., Araújo, E., Andrade, K., Soares, D. e Chianca, T. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 1056-1060;

Aslani, Z.; Alimohammadi, N.; Taleghani, F.; Khorasani, P. (2016). Nurses' Empowerment in self-Care Education to Stroke Patients: na Action Research Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 4 (4), 329-338. Acedido em: 20-01-2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045977/>;

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2010). Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016. Acedido em: 15-11-2017. Disponível em: <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>;

Barnett, M. (2006). COPD: The Role of the Nurse. *Journal of Cummunity Nursing*, 20 (2), 18-22;

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Pártica Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;

Bermejo, J. (2001). *Relação de ajuda: Acção social e marginalidade*. Maia: Paulus;

Bickford, C. Marion, L. & Gazaway (2015). *Nursing: Scope and Standards of practice*. 3ªed. EUA: American Nurses Association;

Boim, C., Caberlotto, O., Storni, M., Cortiñaz, M., Monti, F., Khoury, M. (2014). Adherencia a un Programa Interdisciplinario de Rehabilitación Respiratoria. *Medicina*, 74, 104-109. Acedido a 28 de Abril de 2017. Medline with full Text. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=bf2f29cb-ab76-4de2-aa70-b2c769f39029%40sessionmgr101>;

Bolton, C., Bevan-Smith, E., Blakey, J., Crowe, P., Elkin, S. & Garrod, R. (2013). The british thoracic society pulmonary rehabilitation guideline development group on behalf of the british thoracic society standards of care committee. *Journal of the British Thoracic Society*, 68 (2), 1-30. Acedido em: 06-02-2017 DOI: 10.1136/thoraxjnl2013-203808;

Bourbeau, J., Bartlett, S. (2008). Patient adherence in COPD. *Thorax*. 63 (9), 831-838. Acedido em: 05-02-2018. DOI:10.1136/thx.2007.086041.;

Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* (Tese de Doutoramento). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>;

Bugalho, A. & Carneiro, A., (2004). *Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência;

Bugalho, A. (Coord) (2016). *Pneumologia Básica em Medicina Familiar*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas;

Butts, J. F.; Belfer, M. H. & Gebke, K. B. (2013). Exercise for Patients With COPD: An Integral Yet Underutilized Intervention. *The Physician and Sportsmedicine*. 41 (1), 49-57. Acedido em: 09-01-2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.3810/psm.2013.02.1999>;

Carreiro, A., Santos, J. & Rodrigues, F. (2013). Impacto das comorbilidades num programa de reabilitação respiratória em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 19 (3), 106-113;

Coelho, M. T. V. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 31-38;

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência;

Davies, S. (2005). Melies's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), 658–671;

Department of Health's (2010). *Advanced level nursing: a position statement (2010)*. Disponível em www.dh.gov.uk;

Direção-Geral de Saúde (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Lisboa: Direção-Geral de Saúde;

Direção-Geral de Saúde (2011). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;

Direção-Geral de Saúde (2013). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012 – 2016. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;

Direção-Geral de Saúde (2008). Programa-tipo de Cessação Tabágica. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;

Direção-Geral de Saúde (2014). Portugal IDADE MAIOR em números, 2014: A Saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;

Direção-Geral de Saúde (2017). Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;

Fletcher, M. & Dahl, B. (2013). Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal*, 22 (2), 230-233. Acedido em: 09-10-2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00044>;

Gardner, G. E., Chang, A. M., Duffield, C., & Doubrovsky, A. (2013). Delineating the practice profile of advanced practice nursing: a cross-sectional survey using the

modified strong model of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1931-1942;

Gentry, S., Gentry, B. (2017). Chronic Obstrutive Pulmonary Disease: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 95 (7), 433- 443. Acedido em 8-05-2017. Disponível em: www.aafp.org/afp;

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, management and prevention: a guide for health care professionals*. Acedido em 20 de Abril de 2019. Disponível em: www.goldcopd.org;

Heitor, C., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (1988). *Reeducação funcional respiratória* (3ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim;

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência;

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-43-6;

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e processo* (2ªed.). Loures: Lusociência;

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

Huber, F. & Wells, C. (2009). *Exercícios Terapêuticos: Planeamento do tratamento para a progressão*. Loures: Lusodidacta;

Im, E. (2014). Transitions Theory. In M. R. Alligood (Coord). *Nursing Theorists and Their Work* (p.378 – 395). Missouri: Mosby (Elsevier);

Instituto Nacional de Estatística (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Acedido em: 26-11-2017. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2;

International Council of Nurses (2009). Framework of competencies for nurse specialist. Geneva: International Council of Nurses. Acedido em: 10-12-2017.

Disponível em: https://sigafsia.ch/files/user_upload/08_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf;

Kuokkanen, L. & Leino-kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235-241;

Lei n.º 15/2014 (2014). Assembleia da República. *Diário da República*, I série (N.º 57 de 21 de Março de 2014), 2127-2131. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>

Lusignan, S.; Pritchard, K. & Chan, T. (2002). A Knowledge-management model for clinical practice. *Journal Postgraduate Medicine*. 48, 297-303;

Luz, E. & Bastos, M. (2013). Vozes das pessoas com DPOC: o processo de tornar-se doente crónico. *Ciência&Saúde Coletiva*, 18 (8), 2221-2228. Acedido 8 de Maio de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/06.pdf>;

Malliarou, M. & Zyga, S. (2009). Advantages of Information Systems in Health Services. *Sport Management International Journal*. 5 (2), 43-54. Acedido em: 09-01-2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4127/ch.2009.0040>;

Marques, A., Figueiredo, D., Jácome, C. & Cruz, J. (2016). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E Agora?: Orientações para um programa de reabilitação respiratória. Loures: Lusodidacta;

Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, A. & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12 – 28;

Menoita, E., Sousa, L. M. M., Pão-Alvo, I. & Marques-Vieira, C.M. A. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Morais, A. J. P. & Queirós, P. J. P (2013). Adesão à ventilação não invasiva: perpetiva do doente e familiar cuidador. *Revista de Enfermagem de Referência*. Série III. Nº10, 7-14. Acedido em: 03-03-2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1227>

National Association of Clinical Nurse Specialists (2010). Clinical Nurse Specialist Core Competencies: executive summary 2006-2008. *The National CNS Competency Task Force*.1-26;

Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J. ... Troosters, T. (2006) – American Thoracic Society/European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173, 1390-1413. Acedido em: 19-03-2017. DOI: 10.1164/rccm.200508-1211ST;

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). *13º Relatório: Prevenir as Doenças Respiratórias Acompanhar e Reabilitar os Doentes*. Lisboa. Acedido a 25 de Abril de 2018. Disponível em: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2003a). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2003b). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2005). Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros: Segurança do doente*. 17, 9-10;

Ordem dos 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)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências do Enfermeiros Especialista*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Suíça: OMS. Acedido em 5 de Maio de 2017. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2008). *Vigilância, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde;

Pereira, I. C. B. F. & Silva, A. A. P. (2012). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. *Pensar Enfermagem*. 16 (1), 42-54;

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau;

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência;

Phipps, W. J.; Sands, J. K. & Marek, J.F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (6º ed., vols. 1-4). Loures: Lusociência;

Registered Nurses' Association of Ontario (2005a). *Promoting Continence Using Prompted Voiding*. Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2005b). *Prevention of Constipation in the Older Adult Population*. Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários Conceitos e Aplicação*. (3ªed.). Loures. Lusociência;

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem – Conceitos e procedimentos*. 5ªed. Loures: Lusociência;

Queirós, J. P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*. 21, 5-7. Coimbra: Formasau;

Sanduzzi, A., Balbo, P., Candoli, P., Catapano, G., Contini, P., Mattei, A., Puglise, G., Santoiemma, L. & Stanziola, A. (2014). COPD: adherence to therapy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. 9 (60), 1-9. Acedido em: 14-10-2017. Disponível em: <http://www.mrmjournal.com/content/9/1/60>;

Scullion, J. (2010). Helping patients with chronic obstructive pulmonary disease adhere to regimens. *Primary Health Care*, 20 (5), 33-38. Acedido em: 08-09-2017. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=d2f562819fde-4634-b217-2395e3506173%40sessionmgr101>;

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa. Lidel – Edições técnicas, Lda;

Sharifabad, M. A. (2018). COPD. *BMJ Best Practice*. Acedido em: 06-11-2017. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com>;

Spencer, P. & Hanania, N. (2013). Optimizing safety of COPD treatments: role of the nurse practitioner. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 53-63. Acedido em: 06-09-2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S35711>;

Spruit, M., Singh, S., Garvey, C., ZuWallck, R., Nici, L., Rochester, C. ... Wouters, E. (2013). An official American thoracic society/european respiratory society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188 (8), 10111027. Acedido em: 08-07-2017. DOI: 10.1164/rccm.201309-1634ST;

Taylor, S. G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In: A. M. Tomey, M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (pp.211-235), 5ªed. Loures: Lusociência;

Van Boven, J., Ryan, D., Eakin, M. Canonica, G., Barot, A. & Foster, J. (2016). Enhancing Respiratory Medication Adherence: The role of health care professionals

and cost-effectiveness considerations. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 4 (5), 835-846. Acedido em: 02-02-2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2016.03.007>;

Vestbo, J., Hurd, S., Agustí, A., Jones, P., Vogelmeier, C., Anzueto, A. ... Rodriguez-Roisin, R. (2013). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive:Gold Executive Summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 187 (4), 347-365. Acedido em: 30-06-2017. DOI: [10.1164/rccm.201204-0596PP](http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201204-0596PP).

ANEXOS

Anexo I - Questionário de avaliação do risco da não adesão ao tratamento

Este instrumento fornece um exemplo de uma abordagem à avaliação da não-adesão ao tratamento. Uma abordagem sistemática à identificação dos motivos do cliente para a não-adesão irá orientar a selecção das intervenções de Enfermagem.

Data: _____ Enfermeiro: _____

Nome do cliente:

Utilize as perguntas de avaliação para identificar as áreas de risco de não-adesão ao regime de tratamento. Utilize as perguntas adicionais para descobrir mais pormenores quando a resposta do cliente indicar um problema possível. Verifique os diagnósticos de Enfermagem correspondentes quando as respostas do cliente indicarem uma não-adesão real ou risco de não-adesão.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Física	
<input type="checkbox"/> Intolerância à actividade	Tem algum problema que afecte a sua capacidade de fazer a actividade necessária para levar a cabo o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Cognição, comprometida	Há algo que o impeça de tomar o seu medicamento ou seguir o seu regime de tratamento? Tem dificuldade em se concentra? Esquece-se de onde está e do que está a fazer? Tem dificuldade em compreender ou seguir as instruções de tratamento? Alguma vez pensa que os outros estão a tentar magoá-lo ou a tentar controlar a sua mente?
<input type="checkbox"/> Efeitos secundários da medicação	Sente efeitos secundários devido à medicação, que não desaparecem? Estes efeitos secundários fazem com que queira parar de tomar a sua medicação?

<input type="checkbox"/> Memória, comprometida	Tem dificuldade em lembrar-se das coisas (tomar a medicação, seguir a dieta, ir às consultas)?
<input type="checkbox"/> Compromisso musculoesquelético	Há alguma coisa que o impeça de (abrir os frascos de medicamentos, tirar os medicamentos, administrar insulina, verificar a glicemia)?
<input type="checkbox"/> Dor	Tem dores que interferem com o cumprimento do seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Percepção, comprometida	Ouve vozes que as outras pessoas não ouvem? As vozes interferem de alguma forma com o facto de tomar a medicação ou seguir o tratamento?
<input type="checkbox"/> Défice sensorial	Tem dificuldades de (visão, audição, paladar, toque ou olfacto) que interfiram com o facto de tomar a medicação (ou seguir o exercício ou a dieta)?

Mental e comportamental

<input type="checkbox"/> Capacidade de gestão do regime	Consegue seguir a dieta, exercício ou regime de medicação prescrito pelo seu profissional de saúde? Se não, o que interfere com a sua capacidade de gerir o regime prescrito?
<input type="checkbox"/> Abuso de álcool, abuso de drogas, abuso de tabaco	Toma álcool, drogas ou tabaco para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?
<input type="checkbox"/> Ansiedade	É costume sentir-se tão tenso ou tão nervoso que não consegue tomar a medicação, tomar decisões ou comparecer às consultas marcadas?
<input type="checkbox"/> Regime de tratamento complexo	O seu profissional de saúde prescreveu mais de cinco medicamentos diferentes? O seu profissional de saúde prescreveu-lhe mais de duas tomas de medicação por dia?
<input type="checkbox"/> Negação	Concorda com o diagnóstico que o médico fez em relação à sua doença? Acha que a sua doença é grave?
<input type="checkbox"/> Fadiga	É costume sentir-se demasiado cansado para (tomar a medicação, obter mais medicação, comparecer às consultas, fazer exercício ou preparar as suas refeições)?
<input type="checkbox"/> Medo	Há alguma coisa que o assuste em relação à sua doença ou ao tratamento? Tem medo de ficar dependente da medicação?

<input type="checkbox"/> Crenças de saúde, conflito	O que acha que o ajuda mais com (mencionar os sintomas)? Acha que a (medicação, dieta, terapêutica) o ajuda com os sintomas da sua doença? Há outros remédios que tenha tomado e que ache que são mais eficazes que o tratamento prescrito pelo seu prestador de cuidados?
<input type="checkbox"/> Falta de esperança	Sente-se subjugado pela sua doença e pelo tratamento? Acha que é impossível gerir a sua situação? Apetece-lhe desistir?
<input type="checkbox"/> Analfabetismo	Sabe ler? Tem dificuldade em ler instruções ou as informações que lhe são dadas pelos prestadores de cuidados de saúde?
<input type="checkbox"/> Défice de conhecimentos	Sabe qual é o seu diagnóstico? Que tipo de coisas acontecem quando começa a ficar doente? Sabe os nomes dos seus medicamentos e quando tem de os tomar? Quais os tratamentos que o seu médico receitou (medicamentos, dieta, fisioterapia, terapia ocupacional)? Segue o seu plano de tratamento (medicação, exercício, dieta) mesmo quando não se sente doente?
<input type="checkbox"/> Não-adesão	Parou de (tomar a medicação, ir às consultas marcadas, seguir a dieta, seguir o regime de exercício) sem falar com o seu profissional de saúde no último ano? Alguma vez toma mais / menos que a dose prescrita da sua medicação?
<input type="checkbox"/> Resposta ao tratamento, ausência de	Tem sintomas da sua doença mesmo quando segue o programa de tratamento?
<input type="checkbox"/> Auto-eficácia, baixa	Acha que outras pessoas determinam se está saudável ou doente? Acha que só fica doente por acaso?
<input type="checkbox"/> Auto-imagem, baixa e Auto-estima, baixa	Tomar a medicação (seguir o seu regime de tratamento) afecta a forma como se sente acerca de si próprio ou a forma como actua?
<input type="checkbox"/> Ideação suicida	Tem pensamentos suicidas que o fazem desistir do tratamento?
<input type="checkbox"/> Suspeita	Confia naquilo que o seu profissional de saúde lhe diz? Acha que o seu (profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta) pode fazer algo para o prejudicar?
<input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento	Há quanto tempo precisa de tratamento para a sua doença? Por quanto tempo pensa que irá necessitar de tratamento? Ficou satisfeito com o tratamento que recebeu para a sua doença no passado? Porquê / por que não?

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
sócio-cultural e ambiental	
<input type="checkbox"/> Capacidade para se ajustar (adequação)	De que forma é que o seguimento do seu plano de tratamento (tomar a medicação, seguir uma dieta, fazer exercício, ir às consultas) se enquadra no seu estilo de vida?
<input type="checkbox"/> Crime	Há problemas de segurança na sua casa ou na vizinhança que fazem com que seja difícil seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Crenças culturais	Qual o grupo cultural ou étnico a que pertence? De que forma é que este grupo encara a sua doença e o tratamento?
<input type="checkbox"/> Família disfuncional	A sua família (ou entes queridos) interfere ou impede-o de tomar os seus medicamentos ou de seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Atitude da família, em conflito	O que é que a sua família (ou entes queridos) acha do seu diagnóstico? O que é que acha do tratamento que lhe foi prescrito?
<input type="checkbox"/> Rendimento, inadequado	Quanto custa o seu tratamento? De que forma é que se enquadra no seu orçamento? O seu profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta aceita a sua forma de pagamento?
<input type="checkbox"/> Apoio social, ausência de	Tem pessoas / grupos significativos na sua vida, que o apoiem e estejam disponíveis para si? Tem algum apoio na sua comunidade?
<input type="checkbox"/> Estigma	Mantém a sua doença e / ou tratamento em segredo? Preocupa-o que haja consequências negativas se outros descobrirem acerca da sua doença ou do tratamento?
<input type="checkbox"/> Transporte, ausência de	Tem problemas com o transporte que o impeçam de (ir buscar os medicamentos, chegar às consultas com o prestador de cuidados, ir às compras)?
<input type="checkbox"/> Confiança no profissional de saúde, ausência de e Confiança, baixa	Acha que o seu profissional de saúde compreende os seus sentimentos ou crenças acerca da sua doença e do seu tratamento?

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Espiritual	
<input type="checkbox"/> Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta, actividade, família, comunidade)	As suas crenças e / ou práticas religiosas entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Crenças espirituais, conflito (medicação, dieta, actividade, família)	As suas crenças e / ou práticas espirituais entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Angústia espiritual	A sua doença ou regime de tratamento desafiam as suas crenças espirituais e / ou religiosas ou a sua capacidade de encontrar esperança e significado na vida?

Anexo II – Escala de *Zarit*

Inquérito ao familiar cuidador segundo a escala de Zarit

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga do familiar cuidador.

Leia atentamente cada uma das questões e indique de que modo reflecte a sua experiência enquanto prestador de cuidados colocando um círculo (0) no espaço que melhor corresponder á sua opinião.

Não existem respostas certas ou erradas.

Faça um círculo na resposta que mais se aproxima daquilo que sente relativamente ao seu familiar.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muito Frequentemente	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	0	1	2	3	4
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	0	1	2	3	4
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	0	1	2	3	4
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	0	1	2	3	4
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	0	1	2	3	4
6. Sente que o seu familiar afecta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	0	1	2	3	4
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	0	1	2	3	4
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?	0	1	2	3	4
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	0	1	2	3	4

10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	0	1	2	3	4
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
12. Sente que a sua vida social foi afectada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?	0	1	2	3	4
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	0	1	2	3	4
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	0	1	2	3	4
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0	1	2	3	4
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	0	1	2	3	4
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	0	1	2	3	4
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?	0	1	2	3	4
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0	1	2	3	4
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	0	1	2	3	4
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	0	1	2	3	4

Anexo III - escala *Mini Mental State Examination*

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

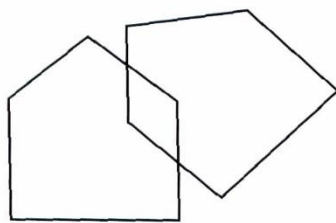
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo IV - escala de Confusão *Neecham*

PROCESSAMENTO – ORIENTAÇÃO (Orientação, memória de curto prazo, conteúdo pensamento/discurso)
<p>5 Orientado em relação ao tempo, lugar e pessoa: processos do pensamento, conteúdo da conversação ou perguntas são adequados. Memória de curto prazo intacta.</p> <p>4 Orientado em relação às pessoas e ao espaço: distúrbio mínimo na memória/recorção, conteúdo e resposta a perguntas na maioria adequadas; pode ser repetitivo, necessária estimulação para manter o contacto. Geralmente coopera.</p> <p>3 Orientação inconsistente: voltado para si próprio, reconhece a família, mas a orientação quanto a tempo e lugar é variável. Utiliza pistas visuais para se orientar. Perturbações de pensamento/memória são comuns, poderá sofrer alucinações ou ilusões. Cooperação passiva com pedidos (comportamentos de protecção cognitivos cooperantes)</p> <p>2 Desorientado e memória/recorção perturbada: orientado para si próprio/reconhece a família. Poderá questionar acções do enfermeiro ou recusar pedidos/procedimentos (comportamentos de protecção cognitivos de resistência). Conteúdo da conversação/pensamento perturbado. Ilusões e/ou alucinações são comuns.</p> <p>1 Desorientado, reconhecimento perturbado: reconhece, de forma inconsistente, pessoas conhecidas, família, objectos. Sons/discurso inadequados.</p> <p>0 Processamento de estímulos deprimido: resposta mínima a estímulos verbais</p>
NÍVEL 2 – COMPORTAMENTO
COMPORTAMENTO – APARÊNCIA
<p>2 Controla a postura, mantém a aparência, higiene: vestido e arranjado de forma adequada, asseado, limpo. Postura na cama/cadeira normal.</p> <p>1 Postura ou aparência alteradas: algum desarranjo na roupa/cama ou aparência pessoal, ou alguma falta de controlo de postura, posição.</p> <p>0 Postura e aparência anormais: desarrumação, falta de higiene, incapaz de manter a postura na cama.</p>
NÍVEL 1 – PROCESSAMENTO
PROCESSAMENTO – ATENÇÃO (Atenção-Alerta-Reacção)
<p>4 Atenção/alerta total: responde imediata e correctamente à chamada pelo nome ou toque – olhos, virar de cabeça, reconhece completamente o que o rodeia, responde aos estímulos ambientais de forma normal.</p> <p>3 Atenção/alerta diminuída ou aumentada: atenção diminuída quer à chamada, toque ou a estímulos ambientais ou</p> <p>2 Atenção/alerta inconstante ou inadequada: requer chamada ou toque repetidos para obter/manter contacto visual/atenção; capaz de reconhecer objectos/estímulos, embora possa adormecer entre estímulos.</p> <p>1 Atenção/alerta perturbada: abre olhos em resposta a sons ou toque; pode parecer amedrontado, incapaz de responder/reconhecer contacto ou pode mostrar-se retraído/agressivo.</p> <p>0 Despertar/resposta deprimida: pode ou não abrir os olhos; só se obtém o mínimo de consciência após estímulos repetidos; incapaz de reconhecer contacto.</p>
PROCESSAMENTO – ORDEM (Reconhecimento-Interpretação-Acção)
<p>5 Capaz de obedecer a uma ordem complexa: "Ligue a luz de chamar os enfermeiros" (Tem de procurar o objecto, reconhecê-lo e executar a ordem)</p> <p>4 Resposta lenta a ordem complexa: requer incitamento ou estímulos repetidos para seguir/executar a ordem. Executa a ordem complexa de forma lenta ou com demasiada atenção.</p> <p>3 Capaz de obedecer a uma ordem simples: "Levante a mão ou o pé Sr." (Usar apenas 1 parte do corpo)</p> <p>2 Incapaz de obedecer a uma ordem directa: obedece imediatamente a ordens por toque ou pista visual – bebe do copo colocado perto da boca. Responde de forma calma ao contacto, tranquilização ou segurar a mão do enfermeiro</p> <p>1 Incapaz de obedecer a uma ordem mesmo que guiada visualmente: responde com expressões faciais atordoadas ou assustadas, e/ou resposta de afastamento/resistência, comportamento hiperhipoactivo; não responde a leve apertar de mão pelo enfermeiro.</p> <p>0 Hipoactivo, letárgico: respostas motoras mínimas aos estímulos ambientais</p>

COMPORTAMENTO – MOTOR		
4	Comportamento motor normal: movimento, coordenação e actividade adequados, capaz de descansar tranquilamente na cama, movimento de mãos normal.	
3	Comportamento motor lentificado ou hiperactivo: quieto demais ou com pouco movimento espontâneo (mãos/braços cruzados ou sobre o peito ou ao longo do corpo) ou hiperactivo (mexer para cima/baixo, agitado). Pode ter tremores nas mãos.	
2	Movimento alterado: inquieto ou com movimentos rápidos. Movimentos manuais parecem anormais – apanhar objectos da cama ou da cobertura, etc. Pode necessitar de assistência para movimentos intencionados.	
1	Movimentos inapropriados, disruptivos: puxar tubos, tentar passar por cima das grades de protecção, acções intencionais frequentes.	
0	Movimentos deprimidos: movimentos limitados a não ser que seja estimulado; movimentos de resistência.	
COMPORTAMENTO – VERBAL:		
4	Inicia discurso de forma adequada: capaz de conversar, consegue iniciar e manter uma conversa. Discurso normal para problema diagnosticado, tom de voz normal.	
3	Início de discurso limitado: respostas a estímulos verbais são simples e curtas. Discurso claro para o problema diagnosticado, tom de voz pode ser anormal e o ritmo pode ser lento.	
2	Discurso inadequado: pode falar para si próprio ou não fazer sentido. Discurso não claro para problema diagnosticado.	
1	Discurso/sons perturbados: sons/tom alterados. Balbucia, grita, diz palavras ou está anormalmente em silêncio.	
0	Sons anormais: grunhidos ou outros sons distorcidos. Não há discurso claro.	
AVALIAÇÕES FISIOLÓGICAS		
Valores registados:	Normal:	
_____ Temperatura	(36-37°)	_____ Períodos de apneia/hipopneia presentes? 1=sim, 0=não
_____ TA sistólica	(100-160)	_____ Prescrita terapia de oxigénio? 0=não, 1=sim, mas desligado, 2= sim, ligado no momento
_____ TA diastólica	(50-90)	
_____ Freq. cardíaca (FC)	(60-100)	
_____ Regular/ Irregular(circular um)		
_____ Ciclos respiratórios	(14-22) (Contar durante 1 minuto)	
_____ Saturação O ₂	(93 ou acima)	
ESTABILIDADE DAS FUNÇÕES VITAIS: (Contar anomalias da TA sist. e/ou TA diast. como um valor contar ritmo cardíaco anormal e/ou irregular como um contar apneia e/ou respiração anormal como um e temp. anormal como um)		
2	TA, RC, TEMP, RESPIRAÇÃO normais com pulso regular	
1	Qualquer um dos parâmetros anteriores anormal (mas não todos)	
0	Dois ou mais dos parâmetros anteriores anormais	
ESTABILIDADE DE SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO		
2	Sat. O ₂ normal (93 ou acima)	
1	Sat O ₂ entre 90 e 92 ou está a receber oxigénio	
0	Sat. O ₂ abaixo de 90	
CONTROLO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA		
2	Mantém o controlo da bexiga	
1	Incontinente nas últimas 24 horas ou tem preservativo urinário.	
0	Incontinente no momento ou tem globo vesical, ou necessita de algáliação intermitente/permanente ou tem anúria	
_____ Pontuação NÍVEL 1: Processamento (0-14 pontos)	Pontuação total	Indica:
_____ Pontuação NÍVEL 2: Comportamento (0-10 pontos)	0-19	Confusão moderada a severa
_____ Pontuação NÍVEL 3: Controlo Fisiológico (0-6 pontos)	20-24	Confusão moderada ou início de desenvolvimento de confusão
NEECHAM TOTAL (0-30 pontos)	25-26	"Não confuso", mas com alto risco de confusão
	27-30	"Não confuso", ou função normal

Escala traduzida e validada para Português por Hugo Neves, Paulo Marques e Abel Silva.
Para utilização da escala, por favor contactar hugoneves@gmail.com

Anexo V – escala *Mini Nutritional Assessment*

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Referências
 1. Velas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.
 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; **56A**: M366-377
 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland. Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/> estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/> desnutrido

Anexo VI - escala de *Lawton e Brody*

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- Utiliza o telefone por iniciativa própria
- É capaz de marcar bem alguns números familiares
- É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- Realiza todas as compras necessárias independentemente
- Realiza independentemente pequenas compras
- Precisa de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- Precisa de ajuda em todas as tarefas domésticas
- Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- Lava sozinho toda a sua roupa
- Lava sozinho pequenas peças de roupa
- A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- Incapaz de manusear o dinheiro

Anexo VII - escala de *Braden*

Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedeção. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>				
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>				
Actividade Nível de actividade física	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>				
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>				
Nutrição Alimentação habitual	<p>1. Muito pobres: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequadas: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequadas: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelentes: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>				
Fricção e forças de deslizamento	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Movimentar-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>					
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total			
<p>© Copyright Beihara Brades and Nancy Bergstrom, 1989; Versão Portuguesa 2001. Carlos Magalhães, Cristina Miguéns, Pedro Ferreira, João Correia, Eúria Portugal Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)</p>								

Anexo VIII - escala de *Morse*

1. HISTÓRIA DE QUEDAS NÃO - 0 SIM - 20
2. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS (> 2 patologias) NÃO - 0 SIM - 15
3. AJUDA NA MARCHA
 Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado _____ 0
 Bengala / canadiana / andarilho _____ 15
 Apoio nos móveis _____ 20
4. TERAPÊUTICA I.V. ou CATETER PERMANENTE _____ 20
5. MARCHA
 Normal / cadeira de rodas / acamado _____ 0
 Com dificuldade, mas sem ajuda _____ 10
 Incapaz, sem ajuda _____ 20
6. ESTADO MENTAL
 Orientado _____ 0
 Dificuldade de orientação _____ 15

Classificação do nível de risco

- 0 – 24: sem risco
- 25 – 50: baixo risco
- > 50: alto risco

Recomendações

- Nenhuma
- Implementar precauções padronizadas contra quedas
- Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas

Anexo IX - escala de avaliação de força muscular do *Medical Research Council*

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

Anexo X - escala de AVC do *National Institutes of Health Stroke*

NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)

Escala de NIHSS		Score/ data		
1A - Nível de Consciência	0 - Vigil, bem desperto e alerta 1 - Sonolento, mas acorda com estímulos mínimos 2 - Sonolento, requer estímulos repetidos 3 - Coma			
1B - Perguntar o mês atual e a sua idade	0 - Responde a ambas corretamente 1 - Responde a uma corretamente 2 - Ambas incorretas			
1C - Pedir para abrir e fechar os olhos e abrir e fechar a mão	0 - Responde a ambas corretamente 1 - Responde a uma corretamente 2 - Ambas incorretas			
2 - Posição dos olhos	0 - Normal 1 - Parésia ocular parcial 2 - Desvio conjugado dos olhos			
3 - Campos Visuais	0 - Sem defeito de campo 1 - Hemianópsia parcial 2 - Hemianópsia completa 3 - Hemianópsia bilateral			
4 - Simetria Facial	0 - Movimentos simétricos normais 1 - Parésia minor (sulco nasogeniano apagado) 2 - Parésia parcial (parésia do andar inferior quase total) 3 - Parésia completa			
5 - Força Muscular dos Membros Superiores	0 - Normal 1 - Descal 2 - Faz algum esforço contra a gravidade 3 - Não há esforço contra a gravidade 4 - Não há movimento			
6 - Força Muscular Membros Inferiores	0 - Normal 1 - Descal 2 - Faz algum esforço contra a gravidade 3 - Não há esforço contra a gravidade 4 - Não há movimento			
7 - Coordenação Motora (prova/dedo/nariz e/ou calcanhar joelho)	0 - Sem ataxia 1 - Ataxia num membro 2 - Ataxia nos dois membros			
8 - Sensibilidade - teste da picada	0 - Normal 1 - Diminuição ligeira 2 - Perda da sensibilidade severa a total			
9 - Linguagem (descrever figuras, nomear objetos)	0 - Normal 1 - Afasia ligeira a moderada 2 - Afasia severa 3 - Mutismo			
10 - Disartria	0 - Normal articulação 1 - Empastamento das palavras ligeiro/moderado 2 - Ininteligível ou incapaz de falar			
11 - Neglect	0 - Sem neglect 1 - Inatenção/extinção à estimulação numa modalidade 2 - Severa inatenção em mais de uma modalidade			
Score total (0-42)				

Anexo XI - escala de *Ashworth* Modificada

0 – Não há aumento do tônus muscular

1 – Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado pelo apanhar e largar ou por uma resistência mínima no final do arco do movimento;

1+ - Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado pelo apanhar /largar, seguido de uma resistência mínima (antes de metade do restante do arco de movimento).

2 – Aumento do tônus mantido mais marcante na quase totalidade do arco do movimento, mas consegue-se mobilizar facilmente os segmentos lesados;

3 – Aumento considerável do tônus muscular com mobilização passiva difícil;

4 – Os segmentos afectados apresentam rigidez na flexão ou na extensão (abdução ou adução), etc.

Anexo XII- teste de *Richmond*

Teste de Richmond (avaliação da motivação)

Questões a colocar	Pontos
Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?	
<input type="checkbox"/> Não	0
<input type="checkbox"/> Sim	1
Tem realmente vontade de deixar de fumar?	
<input type="checkbox"/> Nenhuma	0
<input type="checkbox"/> Pouca	1
<input type="checkbox"/> Alguma	2
<input type="checkbox"/> Muita	3
Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas 2 semanas?	
<input type="checkbox"/> Não	0
<input type="checkbox"/> Talvez	1
<input type="checkbox"/> Provavelmente	2
<input type="checkbox"/> De certeza	3
Pensa que será ex-fumador(a) dentro de 6 meses?	
<input type="checkbox"/> Dificilmente	0
<input type="checkbox"/> Pode ser	1
<input type="checkbox"/> Provavelmente	2
<input type="checkbox"/> De certeza	3
Pontuação total:	
Pontuação máxima de 10. Motivação baixa se pontuação total de 0-6 pontos; Motivação moderada se 7-9 pontos; Motivação elevada se 10 pontos.	

Anexo XIII - teste de *Fagerström*

Teste de Fagerström adaptado (dependência física)

1) Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?

Primeiros 5 min - 3

6-30 min - 2

31-60 min - 1

+ de 60 min - 0

2) É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião,...)?

Sim - 1

Não - 0

3) Qual é o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?

O 1º da manhã - 1

Qualquer outro - 0

4) Quantos cigarros fuma por dia?

10 ou menos - 0

11 a 20 - 1

21 a 30 - 2

31 ou mais - 3

5) Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?

Sim - 1

Não - 0

6) Fuma mesmo quando está doente?

Sim - 1

Não - 0

Total: |__|__|

A pontuação máxima é de 10. Os fumadores que obtenham uma pontuação de 6, ou mais, podem considerar-se muito dependentes. Os que obtenham uma pontuação inferior a 6, pouco dependentes.

Outra classificação possível:

≤ 4: dependência baixa

4-6: dependência média

>6: Dependência elevada

Anexo XIV - escala *gugging* swallowing screen

Avaliação Não invasiva da Disfagia (Adaptado Escala GUSS, 2007)		Data da Avaliação:	
1- Avaliação Preliminar - Teste indireto			
	Sim	Não	
Vigilância (a pessoa terá de permanecer sentada e acordada pelo menos durante 15 minutos)	(1)	(0)	
Tosse (a pessoa deverá conseguir realizar limpeza das vias aéreas tossindo 2 vezes)	(1)	(0)	
Deglutição da saliva: Deglute	(1)	(0)	
Engasga-se	(0)	(1)	
Alteração da Voz (tosse, salivação, alteração do padrão respiratório, dispneia, tosse tardia)	(0)	(1)	
1-3 Não administrar nada oralmente 4-5 Continuar para parte 2			
2- Avaliação da Deglutição – Teste Direto			
	Pastosa (5)	Líquida (5)	Sólida (5)
Deglutição:			
Não deglute (0)			
Atraso na Deglutição (1)			
Deglute (2)			
Tosse (involuntária, antes durante e depois da deglutição):			
Sim (0)			
Não (1)			
Engasgamento:			
Sim (0)			
Não (1)			
Alteração da voz (escutar o tom de voz antes de deglutir – a pessoa deverá dizer "O"):			
Sim (0)			
Não (1)			
Total:			
	1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5 – Avançar para líquida	1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Avançar para sólida	1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Normal
Total teste direto e indireto:	(20)		

Anexo XV – treino de exercício da URR

Programa de Treino de Exercício

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Data: ___ / ___ / ___ Processo RFR: _____

Data de início:

Duração:

Frequência :

1) **Aerossol** (SF + Brometo de ipratrópio-250µg) S N

2) **Oxigênio** (→ SpO2>90%) S N

Débito - l/min

3) **Alongamentos:** pescoço, tronco, MMSs, MMIs

4) **Aquecimento:** MMSs e MMIs - 1 a 3 minutos – exercício / repouso

5) **Treino de membros superiores**
(c/mobilização dos músculos da cintura escapular)

- cicloergómetro de braços : 10'

- exercícios com halteres / bastões / faixas : duas séries de 2' cada (intervalo-2')

(movimentos: flexão/extensão do cotovelo; adução/abdução do ombro)

Carga :

(50% da carga máxima atingida no teste incremental;
incrementos de 0,5kg/semana, até ao limite de tolerância do doente)

6) **Treino de membros inferiores**
- bicicleta ergométrica / passadeira

Carga :

(80% da carga máxima atingida na ergometria)

Tempo : 20' na 1ª semana, 25' na 2ª semana, 30' na 3ª semana e seguintes.

7) **Arrefecimento**

- alongamento da musculatura do pescoço, cintura escapular e membros;
- 20 segundos em cada posição de alongamento, com três repetições

Avaliação inicial

- Clínica
- Índice de massa corporal
- Análises laboratoriais de rotina
- Imagiologia torácica
- ECG ; Ecocardiograma
- Provas Funcionais Respiratórias (c/ P_Imax e P_Emax)
- Gasometria arterial e oximetria de esforço
- Avaliação da dispneia (escala de Borg)
- Avaliação da qualidade de vida (questionário do Hospital Saint George)
- Prova de marcha de 6'
- Ergometria
- Teste incremental para membros superiores

Avaliação final

- Clínica
- Índice de massa corporal
- Provas Funcionais Respiratórias (c/ P_Imax e P_Emax)
- Avaliação da dispneia (escala de Borg)
- Avaliação da qualidade de vida (questionário do Hospital Saint George)
- Prova de marcha de 6'

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Anexo XVI – folha de registo das sessões de reabilitação da URR

Nome: _____ Nº Processo: _____

Idade: _____ Reeducação Funcional Respiratória REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Limitações aos exercícios: _____

Aerosoloterapia: _____ Combivent _____ Flumicil _____ Atriventl _____ Amostra Humida _____ Data _____

Oxigenoterapia (L/m) _____ Saturação O₂ final _____

Saturação O₂ inicial _____ Frequência cardíaca inicial _____ Frequência cardíaca final _____

Posição de descanso e relaxamento _____ Consciencialização e controlo da respiração _____

Posterior c/ resistência s/ resistência

Anterior c/ resistência s/ resistência

Selectiva- Hemicupula esquerda s/ resistência

Selectiva- Hemicupula direita s/ resistência

Global _____

Global com bastão _____ Global sem bastão _____

Selectivo esq. com abdução MS s/ resistência

Antero-lateral esq. c/ resistência s/ resistência

Postero lateral esq. c/ resistência s/ resistência

Selectivo dto. com abdução MS s/ resistência

Antero-lateral dto. c/ resistência s/ resistência

Postero lateral dto. c/ resistência s/ resistência

Manobras acessórias: _____ Percussões _____ Vibrações _____ Compressões _____

S. Apicais (Sentado) _____

S. Anterior (DD+ almofada na popliteal) _____

S. Posterior esq. (SVD, elevação tronco a 30 cm) _____

S. Posterior dto. (SVE) _____

L. Médio (SDE+ pés elevados a 35 cm) _____

Lingula (SDD+ pés elevados a 35 cm) _____

S. Anteriores (DD+ almofada popliteal+ pés elevados a 45 cm) _____

S. Int. dto. e Ext. esq. (LD+ pés elevados a 45 cm) _____

S. Exerno dto. (LE+ pés elevados a 45 cm) _____

S. Apicais (DV+ almofadas abdômen e pés) _____

S. Posterior (DV+ almofada abdômen+ pés elevados a 45 cm) _____

CATR (RA-ER- HUFF -TEF) _____

Tosse Dirigida, Assistida, C/ Contenção _____

Eficaz, Ineficaz, Aspiração de Secreções _____

Quantidade - Abundantes, Moderadas, Escassas _____

Viscosidade - Fluidas, Espessas _____

Secreções Características _____ Mucosas, Muco-Purulentas, Purulentas, Amareladas, Hemáticas, Rosadas _____

Assinatura _____

Anexo XVII – folha de registo da técnica inalatória da URR

Registo do Ensino da Terapêutica Inalatória

Processo: _____

Terapêutica inalatória actual:

Data				
Nome inalador				
Dose				
Horários de administração				
Administra o número de puff's prescrito				
Cumpre os horários prescritos para administração				
Lava a boca após fazer o inalador (se corticóide)				

Check List

Data				
Administra os inaladores pela ordem correcta	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Prepara correctamente a dose para inalar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
No caso de MDI: - Aquece	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
- Agita	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Data				
Coloca o inalador na posição correcta: - Se for MDI , em posição em L - Se for DPI em posição horizontal	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Realiza uma expiração lenta antes de activar o inalador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Coloca os lábios bem fechados à volta do aplicador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Realiza pausa inspiratória de pelo menos 10 seg. após a administração do inalador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Realiza pausa de 30 a 60 seg. entre cada puff (caso necessite de fazer mais do que uma inalação)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Se utiliza câmara expansora: - Adapta correctamente o inalador à câmara expansora - Adapta correctamente a máscara à face e nariz - Efectua a lavagem da câmara 1x mês - Desmonta todas as peças para efectuar a lavagem	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____

Data				
Se utiliza câmara expansora (cont.): - Realiza a lavagem com detergente suave - Após a lavagem deixa secar ao ar - Sabe que deve substituir a câmara se esta apresentar fissuras - Sabe que deve substituir a câmara no mínimo 1x ano	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Assinatura Enfermeiro				

Observações:

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de estágio



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação**

**“A intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC: promoção da adesão ao
programa de RFR”**

Ana Lúcia Barreto n^o7371

**Lisboa
Julho de 2017**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Unidade Curricular Opção II - Projeto

“A intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC: promoção da adesão ao programa de RFR”

Ana Lúcia Barreto nº 7371

Professor Orientador: José Pinto de Magalhães

**Lisboa
Julho de 2017**

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

CAT - COPD *Assesment Test*

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção-Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC- Doenças Respiratórias Crónicas

ECCI – Equipa Domiciliária de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FEV₁ - Volume expiratório forçado no 1º segundo

GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

LCADL - *London Chest Activity of Daily Living*

MIF – Medida de Independência Funcional

mMRC- *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONDR- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PRFR – Programas de Reeducação Funcional Respiratória

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

RR – Reabilitação Respiratória

SGRQ - *Saint George's Respiratory Questionnaire*

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	5
2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	7
2.1. SUMÁRIO	7
2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA	10
2.2.1. A PESSOA COM DPOC E A ADESÃO AO PROGRAMA DE RFR	10
3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS	22
3.1. PROBLEMA GERAL E PROBLEMAS PARCELARES	22
3.3. JUSTIFICAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	24
3.4. DESCRIÇÃO DAS TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
Apêndice I – Plano de Atividades	
Apêndice II – Cronograma	
Apêndice II – Protocolo de revisão <i>scoping</i>	
Apêndice IV – Guião de entrevista aos locais de estágio	
Anexo I – Questionário de avaliação do risco da não adesão ao tratamento	
Anexo II – Questionário <i>Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire</i> (mMRC)	
Anexo III – Questionário <i>COPD Assessment Test</i> (CAT)	
Anexo IV – Escala de <i>Borg</i> modificada	
Anexo V – Escala <i>London Chest Activity of Daily Living</i> (LCADL)	
Anexo VI - <i>The St. George's Respiratory Questionnaire</i> (SGRQ)	
Anexo VII – Euro QoI	
Anexo VIII – Medida de Independência Funcional	
Anexo IX – Índice de <i>Barthel</i>	
Anexo X – HADS: Escala de Ansiedade e Depressão	
Anexo XI – Circular normativa nº40A/DSPCD da DGS	

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: “A intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC: promoção da adesão ao programa de RFR”

Palavras-chave: Doenças Crónicas Respiratórias (DRC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Reabilitação Respiratória (RR), Cuidados de Enfermagem, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), Reeducação Funcional Respiratória (RFR)

Data de início: 25 de Setembro de 2017

Duração: 18 semanas

Instituições envolvidas:

As atividades definidas neste projeto de estágio serão concretizadas em duas instituições distintas. A primeira instituição pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte, nomeadamente Centro de Saúde (CS) de Sete Rios. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde primários e integra as seguintes freguesias do conselho de Lisboa: Alvalade, Avenidas Novas, Campolide e Benfica.

O CS de Sete Rios detém um total de 63.233 utentes inscritos que são distribuídos pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma das unidades funcionais do CS composta por 4 enfermeiros de cuidados gerais e pela Unidade de Saúde Familiar de Tílias. A instituição é também constituída por uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que prestam cuidados à pessoa em situação de dependência no domicílio. A ECCI articula-se com o contexto hospitalar, nomeadamente com o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, através da referenciação pela equipa de coordenação local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e através da UCSP do CS. É constituída por 6 enfermeiros dos quais 3 são EEER, sendo sua intervenção desenvolvida dentro da área geográfica de influência do CS, dispondo de 70 vagas. De acordo com a Enfermeira Chefe do CS, a população encontra-se envelhecida e debilitada, sendo o EEER na maioria das vezes solicitado devido a alterações funcionais provocadas por acidentes vasculares cerebrais. Importa referir que existem diferentes projetos em curso na área de enfermagem porém os projetos direcionados para a área de especialização em reabilitação ainda estão em fase de planeamento.

A segunda instituição onde realizarei as atividades do projeto é a unidade de RR, pertencente ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, especificamente ao Hospital Santa Maria. É constituído por 6 EEER que prestam cuidados no espaço físico do serviço, assim como, noutros serviços do hospital que solicitem a sua intervenção. Desempenham funções autónomas na área respiratória (RFR, treino de exercício físico, educações para a saúde, pré-cirúrgico (otimização das provas de função respiratória), pós-cirúrgico (recuperação respiratória), entre outras) estando a recuperação motora delegada aos fisioterapeutas da instituição, de acordo com a Enfermeira Chefe. O serviço dá apoio, maioritariamente, a pessoas com patologias do foro respiratório, inclusive com DPOC, internadas no hospital mas também a pessoas vindas da comunidade, sendo um serviço certificado e um centro de RR de referência. Importa referir que a equipa de enfermagem planeia implementar um projeto na área de reabilitação direcionada para o treino de Atividades de Vida Diária (AVD).

As informações recolhidas em ambas as instituições indicam que estes locais de estágio serão favoráveis ao desenvolvimento das atividades propostas neste projeto, detalhadas no apêndice I. No subcapítulo 3.3 encontra-se a justificação de escolha dos locais de estágio.

2. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

2.1. SUMÁRIO

A preparação de uma nova etapa é a chave para a obtenção de sucesso na mesma. Considerando esta premissa surge a proposta de elaboração de um projeto de estágio que identifique e clarifique uma problemática de atuação, que esteja subjacente à intervenção do EEER, permitindo o desenvolvimento de competências específicas e consequentemente de competências comuns inerentes à intervenção especializada.

A operacionalização desta proposta é conseguida pela realização efetiva do presente documento, denominado por projeto de estágio e que tem como pano de fundo a intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC: a promoção da adesão ao programa de RFR (PRFR). Esta temática serve como guia para conseguir atingir os objetivos escolhidos, e motiva à construção de um planeamento abrangente de atuação para o estágio futuro que irá permitir desenvolver as competências determinadas.

Justifica-se a pertinência académica do documento com a afirmação de Martin (2002) que alude à importância de identificar os domínios, as metodologias, os conhecimentos e as metas de enfermagem para alcançar o reconhecimento por outros membros da própria profissão, por estes comprovarem os contributos de enfermagem para a pessoa. Além disso, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014), considera que o desenvolvimento de competências só é possível quando baseado no conhecimento, sendo importante para intervenção do EEER dominar as suas competências, áreas de influência e dimensões da sua prática, construindo a sua identidade profissional.

Embora a OE emane um quadro comum e específico de competências para cada área de especialização em enfermagem, em que a reabilitação não é exceção, torna-se essencial que o EEER desenvolva a sua intervenção com base numa filosofia de cuidados como também num modelo teórico de enfermagem que guie essa mesma intervenção, sendo valiosos instrumentos de trabalho se vinculados conscientemente à prática. Para nortear este projeto será tido em linha de conta a prestação de

cuidados centrados na pessoa e o modelo teórico de Meleis: teoria das transições, sendo explicado a sua aplicação ao tema no enquadramento conceptual.

A escolha do tema surge da minha prática profissional na qual constato que a maioria das pessoas com DPOC recorrem à instituição onde trabalho por agudização das queixas respiratórias, maioritariamente causada por incumprimento do regime terapêutico. Aliás, verifica-se frequentemente que a pessoa com DPOC quando recorre à instituição por este motivo tem dificuldade em compreender a razão do agravamento sintomático, tendencialmente reconhecido tarde. Mais ainda, são pessoas que quando incentivadas à prática de exercício físico se mostram muito renitentes à sua realização alegando ter cansaço físico ao esforço.

As particularidades referidas anteriormente vão de encontro ao descrito na literatura sobre a doença, onde se pode ler que a pessoa com DPOC apresenta um rápido declínio da função respiratória, em fases avançadas da doença, sofrendo de sintomas respiratórios, como a dispneia, e de graves limitações funcionais motoras que prejudicam o seu estado de saúde e diminuem a qualidade de vida (Janson *et al.*, 2013). Muitas vezes a pessoa com DPOC recorre tardiamente aos cuidados de saúde porque, frequentemente, a doença pode ser assintomática ou ter sintomas pouco significativos para a pessoa numa fase inicial (Cordeiro e Menoita, 2012). Calcula-se que a DPOC atinga 14,2% da população com mais de 40 anos, mas é na faixa etária acima dos 70 anos que ganha maior expressão, chegando aos 47,2%. Atualmente, ocupa um lugar de destaque a nível nacional por ter sido, em 2014, a 2º causa de internamento por doença respiratória, em 2013, ter sido responsável por 2,5% do total de óbitos e se estimar que, em 2030, seja a 3ª causa de morte em todo o mundo (ONDR, 2016).

Prevenir é o principal tratamento da DPOC muito embora não sendo possível a sua prevenção, está globalmente preconizado que um dos pilares do tratamento da doença seja a RR, intervenção multidisciplinar que há 20 anos deixou de ser exclusivo do domínio médico (Canteiro e Heitor, 2003; Almeida, 2010; Gentry e Gentry, 2017). Neste âmbito, sobressai o EEER com uma posição privilegiada face a outros profissionais de saúde devido ao seu envolvimento na gestão da DPOC em todas as etapas, prevenção, tratamento, reabilitação e monitorização, tanto na comunidade como em meio hospitalar (Fletcher e Dahl, 2013), contribuindo para a melhoria da

saúde respiratória e da qualidade de vida pela prática especializada integrado na equipa interdisciplinar (Cordeiro e Menoita, 2012).

À semelhança do que acontece com outras doenças crónicas, a pessoa com DPOC pode exigir tratamentos a longo prazo, o que pode suscitar preocupações face à adesão aos tratamentos prescritos, farmacológicos e não-farmacológicos (Spencer e Hanania, 2013). Desta forma, foi concretizada uma revisão *scoping*, de acordo com os critérios de *Joanna Briggs Institute* (metodologia proposta em contexto académico), que permitisse mapear os principais artigos de investigação sobre o problema da adesão da pessoa com DPOC à RR (Apêndice III).

A estratégia de pesquisa incidiu sobre as bases de dados eletrónicas *CINAHL* e *MEDLINE*, inseridas na plataforma *EBSCO Host*, onde foram identificados os termos indexados: “*Adult*”, “*Pulmonary Disease, Chronic Obstructive*”, “*Rehabilitation, Pulmonary*”, “*Rehabilitation*”, “*Patient Compliance*”, “*Medication Adherence*”, “*Compliance with Medication Regimen (Saba CCC)*”, “*Compliance with Therapeutic Regimen (Saba CCC)*”, “*Rehabilitation Nursing*”, “*Respiratory Nursing*”, “*Nurs**”, através do *MeSH 2017* e *CINAHL Headings*.

Foram selecionados para análise 5 artigos, após desenvolvimento do protocolo de revisão *scoping*, sem os termos indexados “*Rehabilitation Nursing*”, “*Respiratory Nursing*” e “*Nurs**” por forma a obter uma pesquisa mais abrangente sobre o tema (nas bases de dados consultadas não foram encontrados artigos com ligação à área de enfermagem de reabilitação). Um dos artigos menciona que a RR pode ser difícil de assimilar pela pessoa com DPOC por se basear na realização de exercício para contrariar o principal sintoma, a dispneia (Scullion, 2010). Demonstrar os benefícios do tratamento pode se tornar uma tarefa árdua para o profissional de saúde, concretamente o EEER. A incompreensão dos objetivos pela pessoa com DPOC pode conduzir ao abandono terapêutico. Scullion (2010) defende que a adesão terapêutica é fundamental na gestão da DPOC e que a não-adesão pode conduzir ao aumento da morbilidade, risco de morte ou efeitos adversos desnecessários. Naturalmente diminui a qualidade de vida da pessoa com DPOC. O mesmo autor refere ainda que a adesão ao tratamento pode ser promovida pelos profissionais de saúde, nomeadamente o EEER, tendo em conta os fatores limitadores e promotores de adesão ao tratamento.

Ao longo do enquadramento conceptual, os artigos seleccionados serão analisados com maior detalhe, servindo para explicar os conceitos inerentes à temática.

2.2. Enquadramento conceptual do tema

2.2.1. A pessoa com DPOC e a adesão ao programa de RFR

As DRC evidenciam-se no panorama nacional pelos elevados números de casos existentes e pelo significativo impacto negativo na vida da pessoa. Muitas destas doenças são alvo de tratamento, mas nem sempre com intuito curativo. São consideradas doenças não transmissíveis, fortemente influenciadas pelo comportamento humano e associadas a fatores de risco evitáveis e modificáveis. A sua evolução patológica origina alterações nos estilos de vida e diminuição da qualidade de vida das pessoas ao longo do ciclo vital. Isto resulta, além da perda de qualidade de vida, em avultados gastos em saúde e, conseqüentemente, em baixa de produtividade (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2011).

Estima-se que em Portugal, 40% da população tenha tido o diagnóstico de uma DRC e que esta seja uma realidade crescente. Os registos epidemiológicos são notoriamente alarmantes, mais ainda se se tiver em conta os últimos 12 anos, em que as DRC se revelam como a 3ª causa de mortalidade e a 5ª causa de internamentos hospitalares por doença (DGS, 2011; ONDR, 2016). A DGS e ONDR reconhecem como principais grupos de doenças respiratórias a pneumonia, a DPOC, o cancro do pulmão, a tuberculose e a asma.

A mais ilustrativa das DRC será a DPOC se se considerar que 210 milhões de pessoas sofrem de DPOC em todo mundo. Concretamente, em Portugal existem 700 mil pessoas com esta doença (DGS, 2013; ONDR, 2016).

À semelhança do que acontece noutras DRC, a DPOC diminui a produtividade da pessoa com a doença, causando a reforma laboral antecipada e diminui a capacidade desta de cuidar da sua família. A exposição a fatores de risco como o fumo de tabaco, poluição atmosférica e alterações climáticas condicionam sistematicamente a capacidade funcional da pessoa, aumentando constantemente a

sua fragilidade. Naturalmente, a dimensão económica da pessoa é também afetada muito embora, este aspeto seja desvalorizado sucessivamente, o que por sua vez conduz à própria subvalorização da doença até fases mais avançadas da patologia (OMS, 2008).

A evolução da DPOC é gradual, irreversível e está dependente da ação dos fatores de risco como a carga tabágica mas não só. A definição desta patologia tem sofrido ao longo dos tempos inúmeras alterações. Inicialmente focava-se na presença de sintomas como a tosse e dispneia embora presentemente tenha em conta outros fatores. Assim, nos dias de hoje, é definida pela *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2017) como uma enfermidade representada por sintomas respiratórios persistentes, e por uma limitação/obstrução do fluxo de ar tanto das vias aéreas como de outras estruturas pulmonares, causada pela exposição a partículas ou gases nocivos. A alteração das pequenas vias aéreas (bronquite) e destruição do parênquima pulmonar (enfisema) são considerados como parte integrante da doença tendo no entanto, diferentes contribuições para a progressão individual da doença.

A DPOC não afeta exclusivamente os pulmões, sendo portanto uma doença sistémica mais complexa, com efeitos extrapulmonares importantes (perda ponderal, disfunção muscular periférica – sarcopenia - e doenças cardiovasculares), que contribuem para a limitação na realização das AVD e diminuem a tolerância ao esforço físico, geralmente agravados pela continuada exposição ao fumo do tabaco mas igualmente por uma componente progressiva independente associada ao envelhecimento em ambos os géneros (Cordeiro e Menoita, 2012; Carreiro, Santos e Rodrigues, 2013; GOLD, 2017). Estes efeitos extrapulmonares resultam de diversos mecanismos desencadeados pela doença, como por exemplo: a alteração mecânica pulmonar pela hiperinsuflação, a fadiga, hipoxemia, desnutrição, obesidade, ansiedade, depressão, culpa, dependência, défice cognitivo, distúrbio do sono e isolamento social (Bugalho, 2016).

Tem como principais fatores de risco a exposição ao fumo do tabaco, envelhecimento, poluição atmosférica e ambiental, exposição ocupacional, género feminino, baixo estatuto socioeconómico, antecedentes pessoais de asma ou hiper-reatividade das vias aéreas, bronquite crónica, alterações na maturação pulmonar

fetal ou infância e infecções respiratórias graves (GOLD, 2017), em que o tabagismo representa o principal fator de risco por ser responsável por 42% dos casos diagnosticados (OMS, 2011b). Gentry e Gentry (2017) afirmam que são as pessoas com mais de 35 anos com história de tabagismo superior a 40 unidade maço ano ou pessoas não fumadoras com mais de 45 anos que têm maior propensão a ter DPOC. Os sintomas major da DPOC são a dispneia persistente, agravada pelo exercício e crescente ao longo do tempo, causando elevados níveis de ansiedade na pessoa com DPOC, avaliada pela escala HADS de ansiedade e depressão (Anexo X), a tosse crónica intermitente com frequentes episódios de pieira, a expetoração, as infecções respiratórias de repetição e a fadiga (DGS, 2009; Marques, Figueiredo, Jácome e Cruz, 2016; GOLD, 2017).

De acordo com a DGS (2013), o diagnóstico desta enfermidade é feito cumulativamente na presença de sintomas respiratórios crónicos e progressivos, exposição a fatores de risco e na presença de obstrução ao fluxo aéreo, demonstrado por alterações espirométricas (relação FEV_1 (volume expiratório forçado no 1º segundo) / FVC (capacidade vital forçada)) inferior a 70% após broncodilatação) que confirmam o diagnóstico de DPOC. A avaliação da DPOC destina-se a classificar a gravidade da doença, o impacto atual dos sintomas e o risco futuro. Atualmente existe uma estratificação por grupos de gravidade (A-B-C-D), que engloba uma combinação de sintomas individuais e história de exacerbações (agravamento de sintomas respiratórios), que se junta à classificação baseada no grau de obstrução das vias aéreas (GOLD 1 (ligeiro) - GOLD 2 (moderado) - GOLD 3 (grave) - GOLD 4 (muito grave)), para facilitar a avaliação e caracterização da pessoa com DPOC pela separação entre o componente espirométrico e os parâmetros clínicos. Assim, após obter o diagnóstico e classificar a obstrução de acordo com a espirometria (GOLD 1-4), segue-se a caracterização da gravidade dos sintomas e histórias de exacerbações (A-B-C-D) da pessoa com DPOC (DGS, 2013).

Apesar de esta ser a classificação utilizada na maioria da bibliografia consultada, em 2017, a GOLD fez uma atualização da categorização dos estádios da DPOC. No documento emitido pode ler-se que a espirometria é importante para o diagnóstico, prognóstico e terapêutica não farmacológica mas somente os sintomas respiratórios e história de exacerbações serão considerados para a classificação da pessoa com

DPOC, e para determinar a terapêutica farmacológica, mantendo a estratificação por grupos de gravidade (A-B-C-D).

Importa mencionar que a avaliação de sintomas individuais deve basear-se na utilização de escalas validadas. Atendo ao fato que a dispneia é o principal sintoma da DPOC, por ser o que mais compromete a qualidade de vida da pessoa com DPOC, está preconizado a sua avaliação seja feita através do questionário *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire* (mMRC) (Anexo II), que permite conhecer a evolução do sintoma ao longo do tempo, em que o grau ≥ 2 é preocupante (DGS, 2009; 2013). Alternativamente pode ser utilizado o *COPD Assessment Test* (CAT) (Anexo III) para avaliar o impacto da DPOC na vida da pessoa (pontuação ≥ 10 elevada), ou a Escala de *Borg* Modificada (Anexo IV), particularmente útil nas provas de esforço (Cordeiro e Menoita, 2012; DGS, 2009, 2013; GOLD, 2017). Outras avaliações podem ser vantajosas na avaliação da pessoa com DPOC, nomeadamente: das limitações no desempenho na vida diária causadas pelos sintomas com recurso à escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) (Anexo V) e da qualidade de vida da pessoa com DPOC através do questionário *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) (Anexo VI), específico para a doença respiratória ou do questionário Euro Qol (Anexo VII), inespecífico (DGS, 2009). Relativamente à avaliação do grau de dependência na realização das AVD, o EEER pode recorrer à medida de independência funcional (MIF) (Anexo VIII) e ao índice de *Barthel* (Anexo IX) (Hoeman, 2008).

O tratamento tem como objetivos: aliviar os sintomas, diminuir a frequência de exacerbações, melhorar a qualidade de vida e a aptidão para realizar as AVD, prevenindo a progressão da doença (Barnett, 2006; Vestbo *et. al*, 2013). Considera-se importante que o tratamento contemple também as manifestações sistémicas da doença e comorbilidades, frequentemente presentes a par da DPOC e que dificultam igualmente a gestão da enfermidade, aumentam os custos de saúde e condicionam o prognóstico. O principal tratamento da enfermidade é a prevenção da mesma com a redução da exposição a fatores de risco e a vacinação porém, considera-se como fundamentos do tratamento em concreto a cessação tabágica, quando aplicável, terapêutica farmacológica com broncodilatadores e corticoides, preferencialmente

inalados, para controlo sintomático e de complicações, e por fim, terapêuticas não farmacológicas como a RR (Almeida, 2010; Gentry e Gentry, 2017).

Efetivamente, a RR é amplamente preconizada no tratamento de pessoas com DPOC (GOLD 2 ou superior), mas deve estar disponível, essencialmente, para doentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa, já que os benefícios desta opção não farmacológica na melhoria da qualidade de vida, capacidade de exercício, no controlo sintomático e redução de recurso aos cuidados de saúde estão bem documentados (Nici *et al.*, 2006; DGS, 2009; Cordeiro e Menoita, 2012; Spruit *et al.*, 2013). No entanto, estima-se que somente, 0,1% dos doentes que dela beneficiariam, tenham acesso (ONDR, 2016).

Nos últimos vinte anos, a RR deixou de ser exclusiva do domínio médico (Canteiro e Heitor, 2003) abrindo espaço para outras áreas desenvolverem intervenções junto de pessoas com DRC. Neste âmbito, sobressai a área de enfermagem de reabilitação com a prática de RFR ou cinesiterapia respiratória, intervenção baseada no movimento, exercícios respiratórios, aplicados isoladamente ou em associação com outras técnicas, para restabelecer o padrão funcional da respiração e melhorar a ventilação alveolar (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal e Maia, 1988; Cordeiro e Menoita, 2012). A RFR tem a finalidade de prevenir e corrigir os defeitos e assinergias ventilatórios, pela tomada de consciência do que é a respiração e controlo da respiração por parte do doente e ainda pelo ensino de exercícios de reeducação respiratória eletivos ou globais (Heitor *et al.*, 1988).

Quando direcionada ao tratamento da pessoa com DPOC apresenta como principais objetivos: “ensino das posições de descanso e relaxamento nas crises de dispneia para diminuir a sobrecarga muscular e a ansiedade e facilitar o controlo da respiração; ensino dos métodos de limpeza das vias aéreas para evitar a retenção de secreções e a obstrução brônquica; controlo da respiração com aquisição dum ritmo mais apropriado e eficaz, diminuindo o trabalho respiratório; correcção das assinergias e defeitos ventilatórios através de exercícios de reeducação respiratória localizados e globais, predominantemente de tipo abdomino-diafragmáticos e costal interior; prevenção e correcção dos defeitos posturais e das deformações torácicas; reeducação no esforço” (Heitor *et al.*, 1988, p. 89).

Os PRFR são constituídos por exercícios respiratórios de âmbito geral, o treino de músculos respiratórios, dos membros superiores e inferiores e por técnicas de conservação de energia (Cordeiro e Menoita, 2012). Note-se que os PRFR, em fases mais avançadas da DPOC onde predomina a insuficiência respiratória crónica, incorpora componentes dos programas de RR, isto é, na bibliografia consultada encontram-se determinadas semelhanças entre os dois. É o caso das ações educacionais com intuito de capacitar a pessoa com DPOC e a sua família na deteção precoce dos sinais de descompensação e prevenção de agudizações, otimização da terapêutica inalatória, treino de AVD para melhorar a utilização das capacidades funcionais limitadas com menor dispêndio de energia e treino de exercício físico para evitar o sedentarismo e estimular a atividade física (Heitor *et al.*, 1988; Cordeiro e Menoita, 2012). Vale a pena salientar que as intervenções educacionais desenvolvidas neste contexto devem proporcionar à pessoa/família/cuidadores mais do que conhecimentos teóricos sobre a doença, estratégias para a gestão de exacerbações, com vista à recuperação progressiva da autonomia, menor risco de abandono da terapêutica e maior participação nas decisões terapêuticas (Nici *et al.*, 2006).

Admitindo que os PRFR se equiparam aos programas de RR, a DGS (2009) preconiza a sua realização durante 8 a 12 semanas, existindo benefícios ao fim de 2 semanas. No anexo IX consta a circular informativa nº: 40A/DSPCD da DGS (2009) para consulta em maior detalhe das particularidades da RR e respetivos programas, que vão ser tidas em linha de conta no decorrer do estágio clínico. Tal como a RR a RFR tem benefícios a melhoria da funcionalidade, aumento tolerância ao exercício físico, aumento da autonomia, melhoria global da qualidade de vida do doente através do controlo dos sintomas, redução das incapacidades físicas e psicológicas, melhoria da aptidão física e mental, mitigando sentimentos de depressão, ansiedade e, por fim, promovendo a sua reintegração social (Bolton *et al.*, 2013; Nici *et al.*, 2006; ONDR, 2016).

Da mesma forma, o sucesso de um PRFR está fortemente associado ao planeamento antecipado da intervenção de forma a desmontar as ideias preconcebidas da pessoa com DPOC, que face à reduzida tolerância ao esforço físico devido à dispneia e fadiga muscular, causada pela própria doença, não compreende

a razão da referenciação para PRFR (Bolton *et. al.*, 2013). Demonstrar a importância da RR, ou seja, da RFR na recuperação da pessoa com DPOC pode ser uma tarefa árdua, de tal modo que pode levar a pessoa a não aderir aos tratamentos propostos (Scullion, 2010). Boim, Caberlotto, Storni, Cortiñaz, Monti e Khoury (2014), alerta para o facto de 8-50% das pessoas com DPOC encaminhadas para PRR decidirem não participar e 10-32% acabarem por desistir após iniciarem o tratamento. Além disso, atendo ao facto de a DPOC ser uma doença crónica a problemática da adesão ao regime terapêutico é reforçada, já que a OMS (2003) estima que, cerca de 50% da população com doença crónica em países desenvolvidos, não adira ao regime terapêutico.

Com efeito, a adesão terapêutica influencia os custos bem como os resultados dos PRFR pelo que é uma problemática no âmbito do tratamento da pessoa com DPOC a explorar (Fan, Giardino, Blough, Kaplan e Ramsey, 2008). Em termos de adesão terapêutica, três termos são amplamente utilizados na literatura: adesão, *compliance* e concordância, embora haja diferença entre eles (Scullion, 2010). A adesão terapêutica é definida como o "grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde" (OMS, 2003, p. 10). Todavia, seja qual for a terminologia utilizada, é importante entender o ponto de vista da pessoa em relação à adesão, pois isso pode ser um fator atenuante para não resposta ou falha em responder a terapia, internações aumentadas ou visitas à prática geral (Scullion, 2010). Tanto que, este trabalho assenta na premissa de que a adesão terapêutica deve ser encarada como uma responsabilidade partilhada entre sujeito de cuidados e profissional de saúde, com o propósito de capacitação e maximização da pessoa no seu processo de doença, atendendo sempre à sua unicidade (Bugalho e Carneiro, 2004).

Tendo isto em conta, como referido inicialmente, foram selecionados 5 artigos, dos quais 3 já foram utilizados (Fan *et al.* (2008), Scullion (2010) e Boim *et al.* (2014)), através da elaboração de um protocolo de revisão *scoping*. A sua análise permitiu identificar fatores limitadores e facilitadores de adesão da pessoa com DPOC a PRR, bem como, ações promotoras de adesão, que serão extrapolados para os PRFR pelas razões já referidas.

Fan *et al.* (2008) refere como fatores facilitadores da adesão da pessoa com DPOC aos PRR os valores mais altos de FEV₁ e estatuto socioeconómico mais elevado (avaliado pelo nível educacional). Por outro lado, refere como fatores limitadores sintomas de depressão e ansiedade e ainda, a distância a que vivem as pessoas com DPOC dos centros de RR, quanto mais longe for maior a probabilidade de não adesão. Adicionalmente, este estudo menciona como fatores facilitadores de adesão o estado civil (casado), hábitos tabágicos (não fumadores) e apoio social no tratamento da doença. Santana, Squassoni, Neder e Fiss (2010), focando-se na influência do tabagismo sobre a adesão aos PRR, constata como fatores limitadores a carga tabágica, desmotivação face ao tratamento, o número de sessões e as deslocações ao centro de RR. Consideram como fatores promotores de adesão a exposição inicial dos malefícios do tabagismo e o incentivo para a evitação tabágica para o controlo da doença.

Scullion (2010) também aponta fatores facilitadores e limitadores semelhantes porém defende que os fatores relacionados com as crenças, experiências e comportamentos da pessoa com DPOC têm um impacto maior na adesão do que os fatores sociodemográficos. Na verdade, refere que em 51% dos casos de adesão podem ser preditos por um conjunto de características sociodemográficas, fisiológicas e estilos de vida. Boim *et al.* (2014), acrescenta que a presença de comorbilidades cardiovasculares (hipertensão e obesidade) podem influenciar a adesão da pessoa com DPOC aos PRR. Enquanto Witcher *et al.* (2015) menciona as exacerbações da doença, para além dos fatores limitadores já referidos e faz menção a fatores individuais (automotivação e autoconfiança) e variáveis profissionais (intervenção de suporte) como promotores de adesão terapêutica.

Quanto às ações promotoras de adesão Scullion (2010) e Witcher *et al.* (2015) consideram importante valorizar crenças, expectativas, sentimentos (medo e ansiedade) e objetivos da pessoa com DPOC para promover a sua participação e envolvimento no tratamento. Ao longo do PRFR devem ser lembrados os benefícios e propósito do programa, desenvolvido com base nas capacidades funcionais e cognitivas da pessoa com DPOC. O envolvimento de pessoas significativas, família ou cuidadores nos PRFR pode contribuir para promover a adesão, bem como, explicar a aplicação das técnicas realizadas no domicílio. Encorajar, apoiar, simplificar

intervenções, ensinar e acompanhar a pessoa com DPOC durante o tratamento podem ser medidas valiosas no que toca à promoção da adesão.

Isto implica que o EEER baseie a sua intervenção no conceito de *empowerment*, largamente preconizado como pilar da ação de enfermagem, centrado na resolução de dificuldades e não no problema em si. Entende-se por um processo dinâmico de crescimento e desenvolvimento pessoal, dependente da singularidade humana e alicerçado nas escolhas ativas individuais no seu projeto de saúde (Kuokkanen e Leino-Kilpi, 2000).

Em ordem a promover a adesão terapêutica, o EEER necessita de partilhar responsabilidades na tomada de decisões terapêuticas com a pessoa cuidada, permitindo que esta esboce os seus próprios objetivos para o programa de RFR, embora, em primeiro lugar, seja essencial reunir as orientações de diferentes profissionais, quanto ao plano terapêutico, apurar as modificações no estilo de vida e identificar as dificuldades sentidas pela pessoa e sua família no acompanhamento (OE, 2010b).

Na prática, os profissionais de saúde, particularmente os EEER, considerando a escassez de PRFR disponíveis, necessita de atender aos fatores limitadores de adesão da pessoa com DPOC para promover a adesão e em consequência maximizar a sua capacidade funcional respiratória, contribuindo para o aumento da qualidade de vida (Santana *et al.*, 2010). Desta forma, o EEER pode desenvolver intervenções de forma a avaliar o risco de “não-adesão” (incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais) recorrendo ao questionário adaptado do catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Anexo I), identificar motivos para a não-adesão, enunciar diagnósticos de enfermagem, organizar/implementar intervenções apropriadas e centradas na pessoa, com base na avaliação inicial e por fim, avaliar resultados com base no princípio que adesão ao PRFR será o cumprimento e finalização das recomendações.

A avaliação do risco de “não-adesão” contribui para desenvolver um plano de cuidados eficaz, eficiente, individualizado e otimizado, que assegure o tratamento e garanta a produção de indicadores atribuíveis à terapêutica prescrita. O que significa ajudar a pessoa a desenvolver mecanismos de adaptação à sua nova condição através de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa, atendendo

sempre à individualidade e singularidade da pessoa e no que esta determina para si Hesbeen (2003).

Há mesmo evidência de que a implementação de estratégias de autogestão destinadas a pessoas com doença crónica melhoram *status performance* e diminuem a utilização e os custos dos serviços de saúde. Mais ainda, quando os programas de autogestão e adesão são combinados com intervenções educacionais frequentes e específicas dirigidas à pessoa com doença crónica, observam-se melhorias significativas nos comportamentos de promoção da saúde, gestão dos sintomas, comunicação e gestão da incapacidade. Para além disso, esses programas parecem resultar na redução do número de indivíduos hospitalizados, dias em hospital e observações em ambulatório (OMS, 2003).

Atendendo à complexidade da problemática, a ênfase do projeto de estágio recairá sobre os fatores limitadores de adesão terapêutica modificáveis e sobre a implementação de ações promotoras de adesão aos PRFR junto da pessoa com DPOC. Com efeito, cabe ao enfermeiro generalista como ao EEER ser um elemento facilitador para a pessoa/família/cuidador neste processo, pela sua posição privilegiada no projeto de saúde desta, resultante da confiança depositada no contínuo dos cuidados prestados (OE, 2009).

Salienta-se, à luz do que já foi dito, que as intervenções promotoras de adesão se incluem nas competências do EEER, uma vez que envolvem as dimensões da educação, de orientação e aconselhamento, particularmente importantes neste contexto (OE, 2010a). Partindo do ideal de Hoeman (2008), o papel do EEER é procurar restaurar a função e a independência da pessoa a quem presta cuidados, através de metas que desenvolve e almeja atingir, assumindo na equipa um papel de “ (...) coordenador, educador, investigador, consultor, gestor de caso, advogado, facilitador (...) e perito (...)” (Hoeman, 2008, p. 12). Menoita, Sousa, Alvo e Vieira (2012) define o EEER como um profissional responsável pelo diagnóstico e tratamento das respostas da pessoa/grupo a problemas de saúde potenciais ou reais que condicionem alterações da habilidade funcional e estilo de vida, através do desenvolvimento de planos de cuidados especializados na otimização de padrões funcionais, no *empowerment*, na prevenção de complicações e preservação do autocuidado, garantindo ganhos na qualidade de vida da pessoa assistida.

Neste pressuposto a OE (2010b), no Artigo 4º, define três competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: cuidar, capacitar e maximizar. Por outras palavras, o EEER “ (...) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (OE, 2010b, p. 2); utiliza técnicas específicas no tratamento e reabilitação da pessoa, na promoção dos processos de adaptação à sua nova condição de vida e na reintegração domiciliar, familiar e social; maximizando o potencial e a funcionalidade da pessoa, ao longo de todo o ciclo vital, minimizando o impacto das incapacidades instaladas, fomentando a sua dignidade e qualidade de vida.

A intervenção do EEER, neste caso concreto, dirige-se à pessoa com DPOC em processo de transição, isto é, em transição entre ser saudável e estar doente representativo de um processo vital com complexas interações pessoa/ambiente, associadas à DPOC (Luz e Bastos, 2013). A pessoa, em constante interação com o seu meio ambiente, ao vivenciar a doença crónica tem tendência a ficar mais suscetível a fatores de risco (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000). Cada pessoa necessita de reaprender a viver com a doença crónica de acordo com as suas necessidades e expectativas, adaptando-se e ajustando-se às novas condicionantes (Marques-Vieira e Sousa, 2017). Quando a pessoa é afetada pela DPOC, a sua autonomia fica comprometida, seja pelo próprio diagnóstico ou por, mais tarde, pelas limitações funcionais ditadas pela evolução da doença.

Para impulsionar o envolvimento da pessoa no processo de reabilitação e evitar a vulnerabilidade relacionada com o processo de transição, que também condiciona na tomada de decisão, equaciona-se o modelo teórico de Meleis, especificamente a teoria de transições. Este modelo fornece orientações de intervenção pelos seus conceitos intrínsecos, garantindo a coerência da ação desenvolvida.

Os principais conceitos da teoria de transições de Meleis são: tipos de transição (de desenvolvimento, saúde/doença, situacional e organizacional), padrões de transições (multiplicidade e complexidade), propriedades de experiências de transição (facilitadores ou limitadores), condições de transição (pessoais, fatores comunitários ou sociais), padrões de resposta (indicadores de processo ou de resultados) e por fim, a intervenção terapêutica de enfermagem (avaliação de

prontidão, preparação para a transição e o *role supplementation*) (Im, 2014). Com base nestes pressupostos, o EEER apresenta-se como o principal facilitador do processo de transição/mudança da pessoa/família/cuidador, atuando no sentido de ajudar a pessoa a desenvolver estratégias de *coping* que lhe permitam integrar a mudança, neste caso resultante do diagnóstico de doença crónica (DPOC) e modificar hábitos de vida desajustados à situação clínica. A teoria de transições de Meleis, possibilita compreender a prática de enfermagem sustentada na assistência à pessoa na gestão de acontecimentos de vida relevantes e pontos críticos que possam condicionar a sua saúde ou resultar em incapacidades físicas ou sociais (Davies, 2005), em que o objeto de cuidados, pessoa/família/cuidador, está inserido num determinado contexto (ambiente), exposto à influência do mesmo no projeto de saúde, causando desordem na identidade e papéis familiares fundamentais e comprometendo a conclusão saudável de uma transição. Sendo esta, determinada pelo grau em que as pessoas demonstram o domínio das capacidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações e adaptação à mudança sem que esta cause limitações incapacitantes (Im, 2014). A ação educacional, como forma de fornecer conhecimento/preparar a pessoa para futuras transições ou para a gestão da atual; o *role supplementation*, que surge da necessidade de cuidados associada à limitação no desempenho do papel, potencial ou real; e a avaliação de prontidão, como forma de escolher o melhor momento para intervir e ajudar a pessoa/família, sustentam a intervenção do EEER (Im, 2014).

Considera-se que seja este o modelo conceptual adotado uma vez que a eficácia do tratamento da pessoa com DPOC está dependente do desenvolvimento de capacidades de autogestão, reguladas pelos conhecimentos relativos à doença (atingidos por meio de ações educacionais em momentos de transição (saúde/doença)), assim como, possibilita ao EEER ajudar a pessoa com DPOC na mudança experienciada, planeando a sua intervenção de acordo com o seu conhecimento de transição (Kralik, Visentin e Loon citados por Luz e Bastos, 2013)

Exposta a escolha do modelo teórico de enquadramento/suporte da prática de cuidados subjacentes ao projeto de estágio transita-se em seguida para a descrição do plano de trabalho e métodos.

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

Apesar dos números de pessoas com DPOC serem elevados, existe a hipótese de nos locais de estágio escolhidos não ter a possibilidade de prestar cuidados à pessoa com este diagnóstico. Desta forma, julgo ser importante definir um percurso alternativo, antes de definir objetivos para alcançar. Caso não venha a prestar cuidados à pessoa com DPOC integrada num PRFR, proponho desenvolver os objetivos gerais e específicos delineados à pessoa com DRC que tenha a prescrição de intervenções de enfermagem no âmbito da RFR, que à partida sejam identificadas variáveis inibidoras da adesão terapêutica, ou seja, risco de “não-adesão”, avaliando a adesão terapêutica pelo mesmo princípio, cumprimento e finalização das recomendações.

3.1. Problema geral e problemas parcelares

Ter utilizado a metodologia proposta no âmbito académico, a revisão *scoping*, permitiu mapear os principais conceitos que sustentam a problemática escolhida, bem como clarificar as definições e/ou limites próprios do tema. Considerados estes pressupostos, bem como o desenvolvido nos capítulos anteriores formulou-se o seguinte problema geral, após refletir sobre a temática enquanto profissional: Como é que o EEER pode ser promotor da adesão terapêutica tendo em conta o *deficit* de conhecimento da pessoa com DPOC sobre o seu processo de doença e sobre os PRFR?

A nível de problemas parcelares pretendo saber: (1) Quais fatores que limitam a adesão terapêutica da pessoa com DPOC aos PRFR? (2) Quais os fatores que facilitam a adesão terapêutica da pessoa com DPOC aos PRFR? (3) Quais as medidas terapêuticas e/ou de reabilitação a instituir para promover a adesão da pessoa com DPOC aos PRFR?

Assim, pode-se consultar no apêndice III protocolo da revisão *scoping*, e a análises dos artigos selecionados.

3.2. Objetivo geral e objetivos específicos

É decisivo determinar objetivos que orientem o percurso acadêmico. O futuro só pode ser planejado com base na introspeção sobre o presente. Desta forma, refleti sobre a minha prática e constato que as aptidões que disponho necessitam de aperfeiçoamento de forma a conquistar o título de especialista. Emerge da minha prática de cuidados a necessidade de integrar o domínio da área de reabilitação em benefício das pessoas que cuido, principalmente aquelas que sofrem de doenças do foro respiratório, foco deste projeto de estágio. Portanto, como objetivo geral procuro desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras.

Os objetivos específicos foram traçados tendo em conta o domínio das competências comuns do enfermeiro especialista e do domínio das competências específicas do EEER, sendo eles: (1) Desenvolver uma prática ética e profissional enquanto EEER assegurando um ambiente terapêutico gerador de segurança e proteção da pessoa com DPOC; (2) Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação; (3) Avaliar e diagnosticar problemas reais ou potenciais da pessoa resultantes da DPOC, nomeadamente ao nível músculo-esquelético e respiratório; (4) Elaborar PRFR que assegurem/maximizem a capacidade funcional da pessoa, previnam complicações e evitem/minimizem o impacto das incapacidades instaladas por DPOC; (5) Promover o projeto de saúde, os processos de readaptação e capacidade para o autocuidado da pessoa com DPOC visando a adesão ao PRFR; (6) Implementar as intervenções planeadas enquanto EEER na readaptação, reeducação e otimização das capacidades funcionais motora e respiratória na pessoa com DPOC em PRFR; (7) Capacitar a pessoa com DPOC para promover o autocuidado e qualidade de vida como para maximizar capacidades funcionais a nível motor e respiratório promovendo a reinserção social e exercício da cidadania; (8) Analisar o processo de aprendizagem realizado com vista ao desenvolvimento de competências de EEER.

3.3. Justificação das instituições envolvidas

Anteriormente foram caracterizadas as instituições escolhidas para concretizar este projeto de estágio. Contudo não foram abordados os motivos que sustentaram esta opção.

A escolha do local de estágio em contexto hospitalar prende-se com o facto de este ser um centro de referência em RR, onde os EEER têm autonomia no desenvolvimento de intervenções na área de RR. Mediante a informação recolhida em entrevista feita à Enfermeira Chefe (Apêndice IV), depreende-se que existirão várias possibilidades de prestar cuidados à pessoa com DPOC. Por esta razão, torna-se uma escolha pertinente para explorar a temática abordada.

Por outro lado, o local de estágio em contexto comunitário representa uma oportunidade de desenvolver competências na área de reabilitação cognitiva e sensoriomotora, uma vez que a intervenção do EEER é frequentemente solicitada para reabilitar a pessoa com AVC, existindo menor solicitação do EEER para a RR, de acordo com informação cedida pela Enfermeira Chefe durante a realização de entrevista (Apêndice IV).

3.4. Descrição das tarefas e resultados esperados

No Apêndice I encontra-se a tabela referente aos domínios e competências para os objetivos específicos e respetivo plano de atividades a desenvolver em ambos os contextos de estágio, com base no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2011), das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a) e das competências específicas do EEER (OE, 2010b), assim como os indicadores e critérios de avaliação e os recursos a utilizar. No Apêndice II é apresentado o cronograma onde estão representados os objetivos a desenvolver em consonância com a duração diferentes momentos de estágio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com ONDR (2016), a doença está subvalorizada, já que nos Cuidados de Saúde Primários apenas se encontravam registados, em final de 2014, 117.807 utentes como sofrendo de DPOC, o que é um número muito baixo, tendo em conta a prevalência admitida para a doença. Muitos destas pessoas têm grandes limitações funcionais e beneficiariam de PRR multidisciplinares e devidamente estruturados. Todavia, anualmente só é dada resposta nesta área a menos de 3.000 pessoas com DPOC.

A RR apesar de ser considerada fundamental no tratamento da DPOC dispõe de escassos centros especializados para o efeito, o que evidencia a importância de avaliar os fatores restritos de adesão terapêutica (Santana *et al.*, 2010). Note-se que dado a RFR, desenvolvida por EEER, incorporar componentes dos PRR foram tidas em conta as preocupações descritas na bibliografia consultada para a RR.

De acordo com todos os dados apresentados, torna-se pertinente o desenvolvimento do estágio em torno da problemática da adesão da pessoa com DPOC ao PRFR na medida, que, enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, devo de saber reconhecer e identificar na prática diária a presença de fatores limitadores e facilitadores de adesão a PRFR de maneira a poder implementar intervenções promotoras específicas de adesão, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a maximização do nível de autonomia na gestão da doença.

Tendo em conta que este projeto de formação precede o ensino clínico e é a fase inicial para o seu desenvolvimento, poderão ser necessárias novas pesquisas científicas assim como a alteração de palavras-chaves, pela necessidade de reformulação de objetivos, pela atualização de evidência científica e pela adaptação da realidade do ensino clínico. Apesar das dificuldades e obstáculos que poderão surgir, procurarei manter um espírito empreendedor, aberto e dinâmico para as ultrapassar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. (Eds) (2010). *Medicina Temas Actuais: Pneumologia Clínica* (Vol 3 e 4). Lisboa: AtralCipan;

Barnett, M. (2006). COPD: The Role of the Nurse. *Journal of Community Nursing*, 20 (2), 18-22;

Boim, C., Caberloto, O., Storni, M., Cortiñaz, M., Monti, F., Khoury, M. (2014). Adherencia a un Programa Interdisciplinario de Rehabilitación Respiratoria. *Medicina*, 74, 104-109. Acedido a 28 de Abril de 2017. Medline with full Text. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=bf2f29cb-ab76-4de2-aa70-b2c769f39029%40sessionmgr101>

Bolton, C., Bevan-Smith, E., Blakey, J., Crowe, P., Elkin, S. & Garrod, R. (2013). The british thoracic society pulmonary rehabilitation guideline development group on behalf of the british thoracic society standards of care committee. *Journal of the British Thoracic Society*, 68 (2), 1-30. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2013-203808;

Bugalho, A. & Carneiro, A., (2004). *Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologia crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. ISBN: 1074-308;

Bugalho, A. (Coord) (2016). *Pneumologia Básica em Medicina Familiar*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas. ISBN: 978-989-752-236-9

Canteiro, M. & Heitor, M. (2003). Reabilitação Respiratória. In M. Gomes & R. Sotto-Mayor (Coord). *Tratato de Pneumologia (1783-1893)*. Lisboa: Permanyer Portugal

Carreiro, A., Santos, J. & Rodrigues, F. (2013). Impacto das comorbilidades num programa de reabilitação respiratória em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 19 (3), 106-113;

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-86-8;

Davies, S. (2005). Melies's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), 658–671;

Direção-Geral de Saúde (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Lisboa: DGS

Direção-Geral de Saúde (2013). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016. 2ª edição. DGS

Direção-Geral de Saúde (2011). Cuidados de proximidade em Doenças Crónicas. Lisboa: DGS

Direção-Geral de Saúde (2012). Recomendações Nacionais para o Diagnóstico e Tratamento do Cancro do Pulmão. DGS

Fan, V., Giardino, N., Blough, D., Kaplan, R. & Ramsey, S. (2008). Costs of Pulmonary Rehabilitation and Predictors of Adherence in the National Emphysema Treatment Trial. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5, 105-116. DOI: 10.1080/15412550801941190

Fletcher, M. & Dahl, B. (2013). Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal*, 22 (2), 230-233. DOI: <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00044>

Gentry, S., Gentry, B. (2017). Chronic Obstrutive Pulmonary Disease: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 95 (7), 433- 443. Acedido em 8 de Maio de 2017. Disponível em: www.aafp.org/afp

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, management and prevention: a guide for health care professionals*. Acedido em 20 de Abril de 2017. Disponível em: www.goldcopd.org;

Heitor, C., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (1988). *Reeducação funcional respiratória* (3ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim;

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-43-6;

Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ªed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-31-4.

Im, E. (2014). Transitions Theory. In M. R. Alligood (Coord). *Nursing Theorists and Their Work* (p.378 – 395). Missouri: Mosby (Elsevier);

Janson, C., Marks, G., Buist, S., Gnatiuc, L., Gislason, T., McBurnie, M. ... Burney, P. (2013). The impact of COPD on health status: findings from the BOLD study. *European Respiratory Journal*, 42, 1472-1483. DOI: 10.1183/09031936.00153712

Kuokkanen, L. & Leino-kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235-241;

Luz, E. & Bastos, M. (2013). Vozes das pessoas com DPOC: o processo de tornar-se doente crónico. *Ciência&Saúde Coletiva*, 18 (8), 2221-2228. Acedido 8 de Maio de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/06.pdf>

Marques, A., Figueiredo, D., Jácome, C. & Cruz, J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E Agora?: Orientações para um programa de reabilitação respiratória*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-67-3;

Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-73-4

Martin, C. (2002). Cuidados de enfermagem uma disciplina: condições e desafios. *Pensar Enfermagem*, 6(1), 9-16;

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, A., Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12 – 28;

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-78-3

Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J. ... Troosters, T. (2006) – American Thoracic Society/European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173, 1390-1413. DOI: 10.1164/rccm.200508-1211ST;

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2016). *11º Relatório: Prevenir as Doenças Respiratórias Acompanhar e Reabilitar os Doentes*. Lisboa. Acedido a 25 de Abril de 2017. Disponível em: http://www.ondr.pt/11_Relatorio_ONDR.pdf;

Ordem dos 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®)*. Acedido a 01 de Junho de 2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cipe_adesaotratamento.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências do Enfermeiros Especialista*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Suíça: OMS. Acedido em 5 de Maio de 2017. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2008). *Vigilância, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora*. Lisboa: DGS. ISBN: 978-972-675-183-0;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2011). *A prioritized research agenda for prevention and controlo of noncommunicable diseases*. Geneva: OMS. ISBN 978-92-4-156420-5;

Santana, V., Squassoni, S., Neder, J. & Fiss, E. (2010). Influência do tabagismo atual na aderência e nas respostas à reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (1), 16-23. DOI:10.1590/S1413-35552010000100004;

Scullion, J. (2010). Helping patients with chronic obstructive pulmonary disease adhere to regimens. *Primary Health Care*, 20 (5), 33-38. Acedido a 8 de Maio de 2017. Disponível em:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=d2f56281-9fde-4634-b217-2395e3506173%40sessionmgr101>;

Spencer, P. & Hanania, N. (2013). Optimizing safety of COPD treatments: role of the nurse practitioner. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 53-63. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S35711>;

Spruit, M., Singh, S., Garvey, C., ZuWallck, R., Nici, L., Rochester, C. ... Wouters, E. (2013). An official American thoracic society/european respiratory society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188 (8), 1011-1027. **DOI:** 10.1164/rccm.201309-1634ST;

Vestbo, J., Hurd, S., Agustí, A., Jones, P., Vogelmeier, C., Anzueto, A. ... Rodriguez-Roisin, R. (2013). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive:Gold Executive Summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 187 (4), 347-365. **DOI:** 10.1164/rccm.201204-0596PP;

Witcher, C., McGannon, K., Hernandez, P., Dechman, G., Ferrier, S., Spence, J. ... Blanchard, M. (2015). A Qualitative Exploring of Exercise Among Pulmonary Rehabilitation Participants: Insight from Multiple sources of Social Influence. *Respiratory Care*, 60 (11), 1624-1634. **DOI:** 10.4187/respcare.04120

APÉNDICE I – Plano de atividades

Objetivo específico: (1) Desenvolver uma prática ética e profissional enquanto EEER assegurando um ambiente terapêutico gerador de segurança e proteção da pessoa com DPOC

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B. Melhoria da qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>a) Transmissão de informação adequada ao cliente, de forma a promover a sua capacidade de decisão, através do pedido de demonstração da ação;</p> <p>b) Prestação de cuidados enquanto EEER, de acordo com o código deontológico, respeitando a individualidade, direito ao acesso de informação, privacidade, escolha e autodeterminação da pessoa cuidada;</p> <p>c) Aprofunda conhecimentos específicos na área de reabilitação, através de pesquisa, de acordo com as necessidades, que se refletem na tomada de decisão fundamentada;</p> <p>d) Reúne com os EEER da equipa, criando momentos de partilha com vista à análise das situações complexas decorrentes da prática e tomada de decisão;</p> <p>e) Participa na prestação de cuidados de acordo com normas do serviço, colaborando nos projetos em curso;</p> <p>f) Desenvolvimento de cuidados de enfermagem considerando crenças, expectativas, valores, costumes e respeito pela privacidade da pessoa com DPOC/família;</p> <p>g) Incentiva à verbalização de sentimentos, necessidades e preocupações para comunicar de forma assertiva;</p> <p>h) Elabora registos de enfermagem considerando a confidencialidade dos dados da pessoa com DPOC;</p> <p>i) Incentiva o envolvimento da família/cuidador no plano de cuidados de reabilitação da pessoa com DPOC;</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ter possibilitado a tomada de decisão autónoma e informada da pessoa com DPOC; Ter prestado cuidados respeitando a individualidade, privacidade, direitos da pessoa com DPOC e de acordo com o código deontológico; Ter aprofundado conhecimentos na área de reabilitação que fundamentassem a tomada de decisão; Ter partilhado situações da prática clínica com orientador clínico para fomentar momentos de reflexão, discussão e promover a divulgação de resultados da intervenção; Ter realizado cuidados enquanto EEER de acordo com normas, colaborando em projetos em curso; Ter participado na elaboração de planos de cuidados individualizados de reabilitação com base nos objetivos definidos com a pessoa; Ter prestado cuidados enquanto EEER considerando crenças, expectativas, valores, costumes e respeito pela privacidade da pessoa; Ter elaborado registos de enfermagem sem comprometer a confidencialidade de dados clínicos da pessoa;

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras

<p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança dos indivíduos /grupo</p>	<p>j) Conhece as exigências espaciais inerentes à prática de cuidados de reabilitação para garantir a satisfação das necessidades da pessoa com DPOC;</p> <p>l) Mobiliza o conhecimento de normas do serviço/instituição para reportar situações de risco para a pessoa com DPOC (risco de queda por problemas na mobilidade);</p> <p>m) Partilha os resultados da intervenção implementada com os EEER para promover o desenvolvimento da prática especializada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ter comunicado de forma eficaz com a pessoa/família envolvendo-a na prestação de cuidados; Ter organizado o espaço físico para uma atividade de reabilitação segura, assegurando a privacidade da pessoa com DPOC; Ter identificado situações de risco para a pessoa com DPOC pelo preenchimento da escala de quedas de Morse
<p>Crítérios de avaliação</p>	<p>De que forma das intervenções planeadas e realizadas foram importantes no desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER, nomeadamente para uma prática profissional e ética?</p> <p>Em que medida intervenções planeadas e realizadas foram importantes no desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER, nomeadamente para promoção de um ambiente terapêutico para a pessoa?</p> <p>De que modo as ações desenvolvidas permitiram colaborar em projetos/programas/práticas de melhoria da qualidade da prática de enfermagem de reabilitação?</p>	
<p>Recursos</p>	<p>Código deontológico de enfermagem; regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista; professoro orientador; orientador clínico; biblioteca da ESEL;</p>	
<p>Local</p>	<p>Local de estágio; domicilio</p>	

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras

Objetivo específico: (2) Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p>a) Realização de jornal de aprendizagem sobre uma situação de relacionamento com o cliente, que promova o autoconhecimento;</p> <p>b) Realização de entrevista ao enfermeiro (a) chefe e orientador (a) clínico por forma a conhecer as dinâmicas organo-funcionais;</p> <p>c) Conhecimento de projetos em desenvolvimento, de forma a identificar lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;</p> <p>d) Apresentação do projeto de estágio individual ao enfermeiro orientador e chefia de modo a favorecer a aprendizagem;</p> <p>e) Aplicação do projeto de estágio no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC contribuindo para o desenvolvimento de uma prática especializada;</p> <p>f) Conhecimento e compreensão da intervenção do EEER na prestação de cuidados à pessoa com DPOC promotora de adesão terapêutica;</p> <p>g) Consulta de documentação interna, programas de saúde, projetos e normas;</p> <p>h) Partilha e discussão com o orientador clínico sobre elementos teórico-práticos do processo de reabilitação e a prática real de cuidados;</p> <p>i) Tomada de decisões quanto à prestação de cuidados de EEER baseadas na melhor evidência científica disponível, sob a supervisão do orientador clínico;</p> <p>l) Organização de documentos de suporte teórico em dossier com base nas necessidades formativas identificadas e sobre a temática do projeto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ter realizado pelo menos 2 jornais de aprendizagem sobre situações decorrentes da prestação de cuidados; Ter realizado entrevistas às chefias dos locais de estágio e respetivos orientadores clínicos; Ter identificado lacunas de conhecimento e ter organizado dossier com fundamentação teórica sobre a temática; Ter dado a conhecer o projeto de estágio, aplicando-o com supervisão clínica; Ter compreendido as funções do EEER pela partilha de conhecimentos e reflexões sobre a prática de cuidados; Ter fundamentado a tomada de decisões em conhecimentos teóricos sobre a pessoa com DPOC e questões associadas à promoção de adesão.
Critérios de avaliação	<p>De que forma das intervenções planeadas e realizadas foram importantes no desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER, nomeadamente para uma prática baseada na praxis clínica?</p> <p>Em que medida intervenções planeadas e realizadas foram importantes no desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER, nomeadamente para o autoconhecimento e assertividade?</p> <p>De que modo as ações desenvolvidas permitiram aprofundar conhecimentos sobre a temática escolhida?</p>	

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras

Recursos	Biblioteca da ESEL; professor orientador; orientador clínico
Local	Local de estágio; domicílio

Objetivo específico: (3) Avaliar e diagnosticar problemas reais ou potenciais da pessoa resultantes da DPOC, nomeadamente ao nível músculo-esquelético e respiratório

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p>	<p>a) Realização de recolha de informação pertinente sobre a história atual e progressiva junto da pessoa com DPOC/família/cuidador recorrendo a questionários em vigor no local de estágio e à realização de Exame físico da pessoa com DPOC (inspeção e palpação torácica e auscultação pulmonar);</p> <p>b) Aplicação de escalas validadas para avaliar o risco de alteração da funcionalidade a nível motor e respiratório da pessoa com DPOC (MIF);</p> <p>c) Utilização/interpretação de exames complementares de diagnóstico (espirometria) e instrumentos de avaliação (CIF) para avaliar a função motora e respiratória da pessoa com DPOC;</p> <p>d) Identifica o grau de dependência da pessoa com DPOC em relação à realização de AVD (Índice de Barthel);</p> <p>e) Identifica os domínios funcionais afetados pela doença e determina a necessidade de intervenção especializadas em reabilitação (London Chest Activity of Daily Living - LCADL);</p> <p>f) Enuncia diagnósticos de enfermagem de reabilitação com base nas necessidades identificadas na pessoa com DPOC;</p> <p>g) Prioriza ações de EEER de acordo com os objetivos/resultados esperados, individualizados à pessoa com DPOC/família;</p> <p>h) Prescreve ações de EEER criando um plano terapêutico para promover o autocuidado da pessoa com DPOC;</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ter realizado a avaliação inicial, com recurso a escalas validadas, diagnosticando problemas, planeando intervenções e monitorizando o progresso da pessoa com DPOC no desempenho de atividades, a pelo menos 2 pessoas com DPOC ao longo do estágio clínico; Ter documentado as intervenções planeadas, prescritas e implementadas

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras

	i) Documenta avaliações, diagnósticos e prescrição de intervenções com base no tipo e gravidade do compromisso/limitação funcional/ incapacidade nas AVD da pessoa com DPOC; l) Avalia e monitoriza o progresso da pessoa com DPOC no desempenho de atividades prescritas com recurso a escalas validadas;	junto da pessoa com DPOC.
Critérios de avaliação	Em que medida as atividades planeadas permitiram concretizar a avaliação funcional da pessoa com DPOC? De que modo as atividades propostas possibilitaram adequar a intervenção de EEER à pessoa com DPOC?	
Recursos	Orientador clínico; equipa multidisciplinar; material para avaliação de parâmetros (medidor de tensão arterial, estetoscópio, escalas impressas); pessoa com DPOC e sua família	
Local	Local de estágio	

Objetivo específico: (4) Elaborar PRFR que assegurem/maximizem a capacidade funcional da pessoa, previnam complicações e evitem/minimizem o impacto das incapacidades instaladas por DPOC

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover</p>	<p>a) Mobiliza conhecimentos relativos às orientações nacionais e internacionais para a elaboração de PRFR (DGS e ATS/ERS);</p> <p>b) Realiza pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos sobre RFR e para atualizar conhecimentos;</p> <p>c) Avalia a pessoa com DPOC tendo em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os conhecimentos e aptidões para aprender da pessoa com DPOC/família face à DPOC e aos PRFR; - Estado psicológico (Escala de Ansiedade e Depressão (HADS)); - Função psicossocial, expetativas face ao PRFR e objetivos a atingir com a sua participação; - Qualidade de vida (questionário SGRQ / Euro Qol); <p>d) Define/negoceia com a pessoa com DPOC/ família os objetivos terapêuticos relativos aos PRFR;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado pesquisa bibliográfica e mobilizado a mais atual evidência científica (orientações nacionais e internacionais) na elaboração de PRFR; • Ter conhecimento sobre as o nível de literacia, estado psicológico e qualidade de vida da pessoa com DPOC, com base na avaliação realizada; • Ter estabelecido objetivos terapêuticos mensuráveis com a pessoa com DPOC com base nas expetativas e objetivos a atingir com os PRFR;

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras

capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade	<p>e) Concebe um PRFR de acordo com capacidade funcional da pessoa, estado psicológico, literacia, objetivos determinados e resultados esperados;</p> <p>f) Planeia intervenções para a concretização do PRFR, incluído:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenção psicossocial (individual) e educacional (DPOC); - Prioridade de atividades a desenvolver (sintomatologia); - Identificação de recursos humanos e técnicos necessários (outros profissionais / espaço/condições físicas)); <p>g) Estabelece objetivos e resultados para os PRFR para monitorizar progressos da pessoa com DPOC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter elaborado e planeado PRFR com vista à promoção do autocuidado da pessoa com DPOC e à recuperação do máximo nível de independência face à doença; • Ter monitorizado progressos da pessoa com DPOC de acordo com resultados e objetivos estabelecidos.
Critérios de avaliação	De que modo as atividades programadas viabilizam a elaboração de PRFR ajustados à individualidade da pessoa com DPOC? Em que medida as atividades determinadas permitem o desenvolvimento de ações enquanto EEER?	
Recursos	Orientador clínico; equipa multidisciplinar; professor orientador; pessoa com DPOC e sua família	
Local	Local de estágio; domicilio; biblioteca da ESEL	

Objetivo específico: (5) Promover o projeto de saúde, os processos de readaptação e capacidade para o autocuidado da pessoa com DPOC visando a adesão ao PRFR

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>	<p>a) Pesquisa bibliográfica sobre adesão aos PRFR e sobre os principais problemas funcionais associados à DPOC, aplicando-os na prática de cuidados;</p> <p>b) Avaliação da pessoa com DPOC tendo em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de fatores limitadores de adesão; - Identificação de fatores facilitadores de adesão; - Avaliação do risco de não adesão ao PRFR (Anexo V); - Conhecimentos, expetativas e objetivos face aos PRFR; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter fundamentado prática de cuidados na mais atual evidência científica sobre adesão terapêutica e ter identificado os principais problemas associados à DPOC; • Ter preenchido pelo menos 1 questionário para avaliação de risco de não adesão, identificando fatores limitadores e facilitadores de adesão da pessoa com DPOC;

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras

<p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</p>	<p>c) Enunciação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação com vista à adesão aos PRFR;</p> <p>d) Planeamento de ações promotoras de adesão aos PRFR atendendo aos fatores limitadores da pessoa com DPOC;</p> <p>e) Implementação de cuidados individualizados promotores de adesão ao PRFR, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da família/cuidador nos PRFR; - Explicação regular de benefícios dos PRFR; - Avaliação sintomática frequente para demonstrar progressos; - Incentivo ao exercício físico; - Evitação tabágica; <p>g) Monitoriza a adesão aos PRFR da pessoa com DPOC através de contato telefónico;</p> <p>h) Avaliação dos resultados das ações desenvolvidas para promover a adesão terapêutica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter elaborado planos de cuidados com a enunciação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação visando a implementação de ações promotoras de adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC; • Ter estabelecido relação de parceria com pessoa com DPOC e sua família/cuidador; • Ter identificado resultados dos PRFR em conjunto com a pessoa com DPOC e monitoriza adesão através de contato telefónico em pelo menos 2 situação da prática de cuidados de reabilitação.
<p>Critérios de avaliação</p>	<p>Em que medida as atividades determinadas promovem a adesão ao PRFR da pessoa com DPOC? De que modo as atividades propostas permitem ao EEER reeducar, readaptar e otimizar a capacidade funcional motora e respiratória da pessoa com DPOC através da promoção da adesão ao PRFR?</p>	
<p>Recursos</p>	<p>Orientador clínico; professor orientador; apontamentos da unidade curricular Enfermagem de Reabilitação I e II e Enfermagem Avançada; pessoa com DPOC e sua família</p>	
<p>Local</p>	<p>Bibliotecas da ESEL ; Domicílio; Locais de estágio</p>	

Objetivo específico: (6) Implementar as intervenções planeadas enquanto EEER na readaptação, reeducação e otimização das capacidades funcionais motora e respiratória na pessoa com DPOC em PRFR

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>1. Cuida de pessoas com necessidades</p>	<p>a) Explica o impacto/consequências da doença no projeto de saúde da pessoa com DPOC;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter implementado pelo menos 1 PRFR incluindo ações educacionais dirigidas à pessoa

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras

<p>especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade</p>	<p>b) Estabelece relação de parceria com a pessoa com DPOC através de partilha de informações específicas sobre a doença, as suas implicações e tratamentos disponíveis;</p> <p>c) Realiza ações educacionais individuais sobre prevenção de infeções respiratórias e gestão sintomática (medicação, estilos de vida saudáveis, técnicas relaxamento e de limpeza de vias aéreas);</p> <p>d) Desenvolve e implementa PRFR tendo em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correção postural; - Permeabilidade das vias aéreas; - Reeducação respiratória (exercícios eletivos e globais); - Reeducação no esforço (evitar sedentarismo, gestão energética); - Prevenção de complicações (exacerbações); <p>e) Instrui a pessoa com DPOC sobre estratégias de gestão energética na realização de AVD adaptado ao contexto domiciliário;</p> <p>f) Elabora registos das intervenções desenvolvidas enquanto EEER, evidenciando ganhos para a saúde da pessoa com DPOC;</p> <p>g) Redige cartas de encaminhamento de reabilitação para dar continuidade aos cuidados de capacitação motora e respiratória na comunidade;</p> <p>h) Avalia e monitoriza os resultados obtidos, reformulando o plano terapêutico de reabilitação de acordo com as necessidades da pessoa com DPOC.</p>	<p>com DPOC, elucidando para consequências da doença, estratégias de gestão de sintomas e técnicas para melhorar autonomia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter registado intervenções de EEER conseguindo mostrar benefícios dos PRFR desenvolvidos; • Ter capacitado pelo menos 2 pessoas com DPOC para a gestão de AVD de acordo com as suas capacidades funcionais respiratórias e motoras; • Ter reformulado PRFR de acordo com resultados obtidos para manter a pessoa com DPOC motivada, avaliando regularmente progressos e sintomatologia; • Ter redigido pelo menos 1 carta de encaminhamento de reabilitação para a equipa de reabilitação da comunidade da área de residência da pessoa.
<p>Critérios de avaliação</p>	<p>Em que medida as atividades propostas permitiram implementar PRFR ajustados à capacidade funcional motora e respiratória da pessoa com DPOC?</p>	
<p>Recursos</p>	<p>Orientador clínico; equipa multidisciplinar; equipamento de apoio; pessoa com DPOC e sua família</p>	
<p>Local</p>	<p>Local de estágio</p>	

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras

Objetivo específico: (7) Capacitar a pessoa com DPOC para promover o autocuidado e qualidade de vida como para maximizar capacidades funcionais a nível motor e respiratório promovendo a reinserção social e exercício da cidadania		
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e / ou restrição da participação para a reintegração e exercício da cidadania</p> <p>J2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações de mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social</p> <p>3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p> <p>J3.1. Concede e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório</p>	<p>a) Identifica barreiras arquitetónicas presentes no domicílio junto da pessoa com DPOC e sua família;</p> <p>b) Prescreve e utiliza material de apoio para realizar cuidados de reabilitação ajustados às características do domicílio da pessoa com DPOC;</p> <p>c) Ajuda a pessoa com DPOC e sua família a eliminar barreiras arquitetónicas presentes no domicílio que dificultem a gestão de AVD;</p> <p>d) Identifica e articula-se com assistência social para mobilizar recursos na comunidade facilitadores da gestão da doença no domicílio;</p> <p>e) Pesquisa e mobiliza conhecimentos teórico-práticos mais atuais sobre a função cardiorrespiratória da pessoa com DPOC;</p> <p>e) Ensina, instrui e treina com a pessoa com DPOC, tendo em conta os seus objetivos individuais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - treino de equilíbrio; - treino de AVD com gestão energética; - treino de força muscular dos membros superiores e inferiores; - estratégias de <i>coping</i> para diminuir ansiedade; - treino de exercício físico; - treino de técnicas de gestão dos sintomas respiratórios; <p>f) Concede sessões de treino com a pessoa com DPOC para reduzir a tensão psíquica e muscular, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e posturais e assegurar permeabilidade de vias aéreas, onde inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização de flutter/acapella; - Realização de exercícios de correção postural; - Treino de espirometria de incentivo; - Treino de consciencialização e controlo da respiração; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter mobilizado recursos da comunidade para ultrapassar barreiras arquitetónicas identificadas junto da pessoa com DPOC e sua família, no domicílio; • Ter aplicado conhecimentos teórico-práticos mais atuais sobre a função cardiorrespiratória da pessoa com DPOC na conceção de sessões de reabilitação para promover o autocuidado e qualidade de vida como também a reinserção social e exercício da cidadania; • Ter ensinado, instruído e treinado com pelo menos 2 pessoas com DPOC: treino de técnicas de RFR, gestão sintomática e fortalecimento muscular; • Ter concebido e realizado pelo menos 2 sessões de

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras

<p>J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados</p>	<p>g) Implementa, sob supervisão clínica, sessões de treino para melhorar capacidade respiratória e motora da pessoa com DPOC;</p> <p>h) Elabora registos das sessões de treino desenvolvidas permitindo a continuidade de cuidados de reabilitação;</p> <p>i) Monitoriza e avalia os resultados das sessões de treino através dos progressos da pessoa, recuperação de autonomia e aumento da qualidade de vida.</p>	<p>treino recorrendo aos materiais do local de estágio e respetivo registo de resultados obtidos.</p>
Critérios de avaliação	<p>De que modo as atividades propostas permitiram aumentar a autonomia da pessoa com DPOC para o autocuidado?</p> <p>Em que medidas as atividades propostas foram pertinentes para promover a reinserção social e exercício da cidadania da pessoa com DPOC?</p> <p>De que forma as atividades programas contribuem para desenvolver competências enquanto EEER na capacitação e maximização de funcionalidade da pessoa com DPOC?</p>	
Recursos	Orientador clínico; professor orientador; equipa multidisciplinar; pessoa com DPOC e sua família	
Local	Biblioteca da ESEL; domicílio; local de estágio	

Objetivo específico: 8) Analisar o processo de aprendizagem realizado com vista ao desenvolvimento de competências de EEER		
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>B2. Concede, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>B2.1 Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, processo e Resultado</p>	<p>a) Elaboração de reflexões escritas estruturadas que contemplem o planeamento, a intervenção e a avaliação dos cuidados especializados, de acordo com o processo de enfermagem;</p> <p>b) Realização de diários de aprendizagem ao longo do estágio;</p> <p>c) Discussão e partilha com a equipa de EEER sobre as intervenções determinadas e os resultados após implementação;</p> <p>d) Identifica e compreende os dados provenientes da avaliação da pessoa com DPOC, no que refere à avaliação sintomática, qualidade de vida e capacidade funcional para reformular planos terapêuticos de reabilitação;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado pelo menos 2 reflexões escritas sobre a intervenção desenvolvida; • Ter elaborado pelo menos 1 diário de aprendizagem; • Ter partilhado pontos de vista dentro da equipa de enfermagem de reabilitação e multidisciplinar; • Ter reconhecido as limitações presentes nos locais de estágios

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER no âmbito da promoção da adesão ao PRFR junto da pessoa com DPOC visando a reeducação, readaptação e maximização de capacidades funcionais respiratórias e motoras

<p>1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas Critérios de avaliação</p>	<p>e) Compreende as funções do EEER que se reflete na toma de decisão e reformulação de planos terapêuticos de acordo com os objetivos da pessoa com DPOC;</p> <p>g) Aplica instrumentos de avaliação de resultados como escalas validadas para entender os resultados da intervenção realizada;</p> <p>h) Elaboração de um relatório de estágio que evidencie a intervenção promotora de adesão ao PRFR do EEER junto da pessoa com DPOC.</p>	<p>restritivas do desenvolvimento da ação do EEER;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter preenchido escalas para a avaliação de resultados das intervenções realizadas; • Ter elaborado o relatório de estágio.
<p>Critérios de avaliação</p>	<p>De que forma as atividades propostas permitem desenvolver competências de EEER? Em que medida as atividades determinadas permitem conhecer os resultados das intervenções de reabilitação?</p>	
<p>Recursos</p>	<p>Professor orientador, orientador clínico</p>	
<p>Local</p>	<p>Domicílio; Biblioteca da ESEL; local de estágio</p>	

APÊNDICE II – Cronograma

	Ano	2017												2018						
	Meses	set	out					nov				dez			jan					
	Locais	ACES Lisboa Norte – UCC de Sete Rios										Hospital Santa Maria - Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória								
	Semana	25-set	02-out	09-out	16-out	23-out	30-out	06-nov	13-nov	20-nov	27-nov	04-dez	11-dez	18-dez	25-dez	01-jan	08-jan	15-jan	22-jan	29-jan
objetivos específicos	1																			
	2																			
	3																			
	4																			
	5																			
	6																			
	7																			
	8																			
	9																			

Pausa letiva

APÊNDICE III – Protocolo de revisão *scoping*

Objetivo:

- O objetivo deste protocolo de revisão *scoping* é mapear e clarificar a temática sobre a adesão do adulto com DPOC à reeducação funcional respiratória.

Questões de investigação:

- Quais os fatores promotores da adesão do adulto com DPOC à reeducação funcional respiratória?
- Quais os fatores inibidores da adesão do adulto com DPOC à reeducação funcional respiratória?
- Quais as intervenções do EER contribuem para a promoção da adesão ao PRFR, no adulto com DPOC?

Palavras-chave: adultos com DPOC, reabilitação respiratória, adesão terapêutica, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Mnemónica PCC	
População	Adultos com DPOC
Conceitos	Reabilitação respiratória, adesão terapêutica, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação
Contexto	Todos

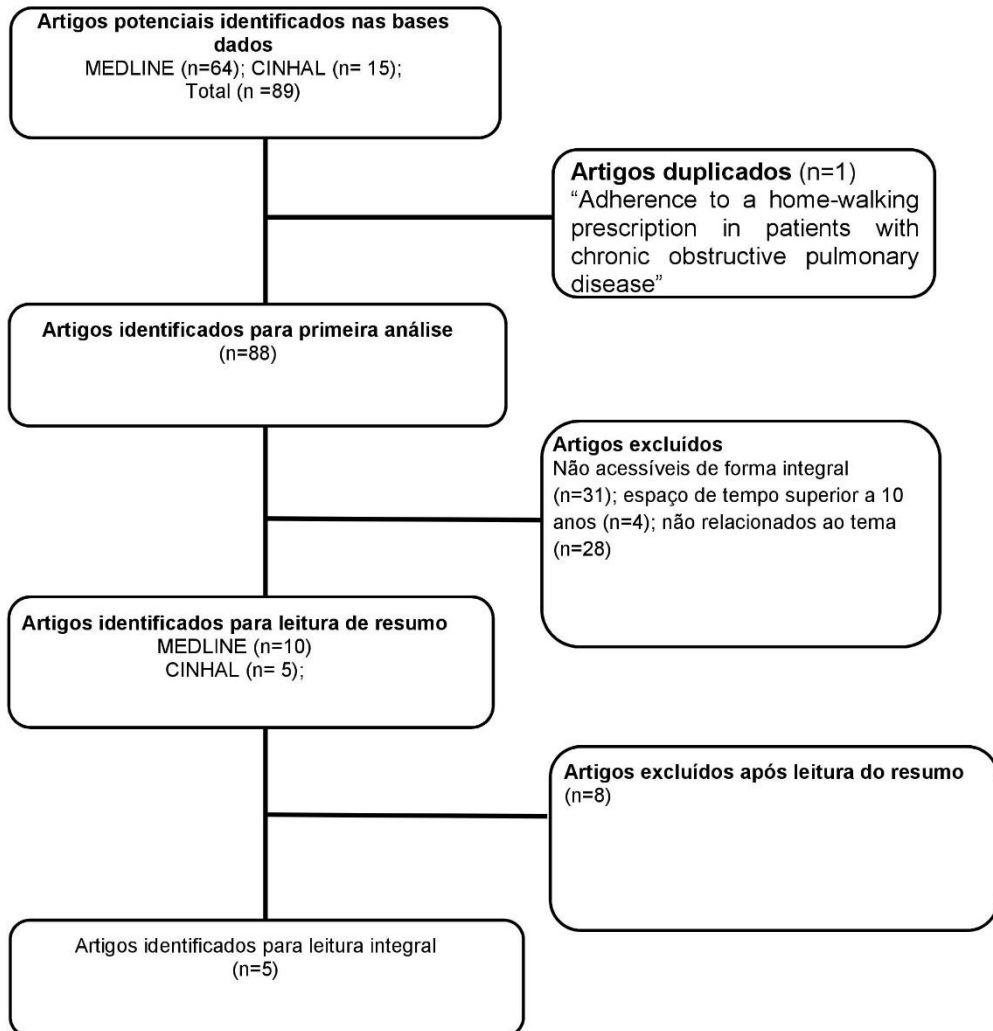
Critérios de inclusão: adultos (idade > 40 anos) com DPOC; artigos publicados entre o ano de 2006/07-2016/17 que abordem a adesão do adulto com DPOC à RR; artigos *full-text*, todo o tipo de estudos; língua portuguesa, inglesa e espanhol

Critérios de exclusão: artigos que abordem a telereabilitação como programa de reabilitação, inclusão de outras patologias que não a DPOC, tema central não seja a adesão do adulto com DPOC à RR.

Estratégia de pesquisa:

CINHAL	P	"Adult EX" "AND" (Pulmonary Disease, Chronic Obstructive EX)	P "AND" C "AND" C
	C	"Rehabilitation, Pulmonary EX" "AND" ("Patient Compliance EX" "OR" "Compliance with Therapeutic Regimen (Saba CCC) EX" "OR" "Compliance with Medication Regimen (Saba CCC) EX" "OR" "Medication Compliance EX")	
	C	todos	
MEDLINE	P	"Adult" "AND" "Pulmonary disease, chronic obstructive"	P "AND" C "AND" C
	C	(MH "Rehabilitation+") "AND" ("Patient Compliance" "OR" (MH "Medication Adherence"))	
	C	todos	

Diagrama de pesquisa:



APÊNDICE IV – Guião de entrevista aos locais de estágio

Guião de Entrevista

Área	Perguntas
Caraterização do serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Descreva o espaço físico do serviço? • Caracterize os equipamentos disponíveis para a prestação de cuidados (sua adequação, numero e estado de conservação)? • Como é constituída a equipa multidisciplinar? • Com que outros serviços/ departamentos se articulam mais regularmente? • Como é que os doentes são referenciados (rede, consultas)? De onde provem?
Gestão de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? • Quantos desses elementos são enfermeiros em ER? • Como é realizada a articulação entre a equipa multidisciplinar? • Como é feita a referenciação para ER? • Horas de cuidados de reabilitação? • Funções do ER? • Distribuição diária e semanal da intervenção do ER?
Caraterização da população assistida	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterize a população de cuidados? (faixa etária, tipo de patologia que sofrem/sofreram, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, condições socioeconómicas e habitacionais). • Que necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação são mais frequentes na população assistida? • Acompanhamento do ER no domicílio, critérios?
Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> • Quais os critérios tidos em conta na distribuição para EEER? • Como o é feito e qual o numero de utentes distribuído? • Como procede ao planeamento dos cuidados? • De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento? • Quais as funções atribuídas ao EEER?
Outras atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Que outras funções o EEER desempenha no serviço? • Projectos em desenvolvimento? (Tabagismo, Doenças respiratórias) • Projetos com interesse futuro?

Anexo I – Questionário de Avaliação do Risco da Não-adesão ao Tratamento

Este instrumento fornece um exemplo de uma abordagem à avaliação da não-adesão ao tratamento. Uma abordagem sistemática à identificação dos motivos do cliente para a não-adesão irá orientar a selecção das intervenções de Enfermagem.

Data: _____ Enfermeiro: _____

Nome do cliente:

Utilize as perguntas de avaliação para identificar as áreas de risco de não-adesão ao regime de tratamento. Utilize as perguntas adicionais para descobrir mais pormenores quando a resposta do cliente indicar um problema possível. Verifique os diagnósticos de Enfermagem correspondentes quando as respostas do cliente indicarem uma não-adesão real ou risco de não-adesão.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Física	
<input type="checkbox"/> Intolerância à actividade	Tem algum problema que afecte a sua capacidade de fazer a actividade necessária para levar a cabo o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Cognição, comprometida	Há algo que o impeça de tomar o seu medicamento ou seguir o seu regime de tratamento? Tem dificuldade em se concentra? Esquece-se de onde está e do que está a fazer? Tem dificuldade em compreender ou seguir as instruções de tratamento? Alguma vez pensa que os outros estão a tentar magoá-lo ou a tentar controlar a sua mente?
<input type="checkbox"/> Efeitos secundários da medicação	Sente efeitos secundários devido à medicação, que não desaparecem? Estes efeitos secundários fazem com que queira parar de tomar a sua medicação?

<input type="checkbox"/> Memória, comprometida	Tem dificuldade em lembrar-se das coisas (tomar a medicação, seguir a dieta, ir às consultas)?
<input type="checkbox"/> Compromisso musculoesquelético	Há alguma coisa que o impeça de (abrir os frascos de medicamentos, tirar os medicamentos, administrar insulina, verificar a glicemia)?
<input type="checkbox"/> Dor	Tem dores que interferem com o cumprimento do seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Percepção, comprometida	Ouve vozes que as outras pessoas não ouvem? As vozes interferem de alguma forma com o facto de tomar a medicação ou seguir o tratamento?
<input type="checkbox"/> Défice sensorial	Tem dificuldades de (visão, audição, paladar, toque ou olfacto) que interfiram com o facto de tomar a medicação (ou seguir o exercício ou a dieta)?

Mental e comportamental	
<input type="checkbox"/> Capacidade de gestão do regime	Consegue seguir a dieta, exercício ou regime de medicação prescrito pelo seu profissional de saúde? Se não, o que interfere com a sua capacidade de gerir o regime prescrito?
<input type="checkbox"/> Abuso de álcool, abuso de drogas, abuso de tabaco	Toma álcool, drogas ou tabaco para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?
<input type="checkbox"/> Ansiedade	É costume sentir-se tão tenso ou tão nervoso que não consegue tomar a medicação, tomar decisões ou comparecer às consultas marcadas?
<input type="checkbox"/> Regime de tratamento complexo	O seu profissional de saúde prescreveu mais de cinco medicamentos diferentes? O seu profissional de saúde prescreveu-lhe mais de duas tomas de medicação por dia?
<input type="checkbox"/> Negação	Concorda com o diagnóstico que o médico fez em relação à sua doença? Acha que a sua doença é grave?
<input type="checkbox"/> Fadiga	É costume sentir-se demasiado cansado para (tomar a medicação, obter mais medicação, comparecer às consultas, fazer exercício ou preparar as suas refeições)?
<input type="checkbox"/> Medo	Há alguma coisa que o assuste em relação à sua doença ou ao tratamento? Tem medo de ficar dependente da medicação?

<input type="checkbox"/> Crenças de saúde, conflito	O que acha que o ajuda mais com (mencionar os sintomas)? Acha que a (medicação, dieta, terapêutica) o ajuda com os sintomas da sua doença? Há outros remédios que tenha tomado e que ache que são mais eficazes que o tratamento prescrito pelo seu prestador de cuidados?
<input type="checkbox"/> Falta de esperança	Sente-se subjugado pela sua doença e pelo tratamento? Acha que é impossível gerir a sua situação? Apetece-lhe desistir?
<input type="checkbox"/> Analfabetismo	Sabe ler? Tem dificuldade em ler instruções ou as informações que lhe são dadas pelos prestadores de cuidados de saúde?
<input type="checkbox"/> Défice de conhecimentos	Sabe qual é o seu diagnóstico? Que tipo de coisas acontecem quando começa a ficar doente? Sabe os nomes dos seus medicamentos e quando tem de os tomar? Quais os tratamentos que o seu médico receitou (medicamentos, dieta, fisioterapia, terapia ocupacional)? Segue o seu plano de tratamento (medicação, exercício, dieta) mesmo quando não se sente doente?
<input type="checkbox"/> Não-adesão	Parou de (tomar a medicação, ir às consultas marcadas, seguir a dieta, seguir o regime de exercício) sem falar com o seu profissional de saúde no último ano? Alguma vez toma mais / menos que a dose prescrita da sua medicação?
<input type="checkbox"/> Resposta ao tratamento, ausência de	Tem sintomas da sua doença mesmo quando segue o programa de tratamento?
<input type="checkbox"/> Auto-eficácia, baixa	Acha que outras pessoas determinam se está saudável ou doente? Acha que só fica doente por acaso?
<input type="checkbox"/> Auto-imagem, baixa e Auto-estima, baixa	Tomar a medicação (seguir o seu regime de tratamento) afecta a forma como se sente acerca de si próprio ou a forma como actua?
<input type="checkbox"/> Ideação suicida	Tem pensamentos suicidas que o fazem desistir do tratamento?
<input type="checkbox"/> Suspeita	Confia naquilo que o seu profissional de saúde lhe diz? Acha que o seu (profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta) pode fazer algo para o prejudicar?
<input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento	Há quanto tempo precisa de tratamento para a sua doença? Por quanto tempo pensa que irá necessitar de tratamento? Ficou satisfeito com o tratamento que recebeu para a sua doença no passado? Porquê / por que não?

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
sócio-cultural e ambiental	
<input type="checkbox"/> Capacidade para se ajustar (adequação)	De que forma é que o seguimento do seu plano de tratamento (tomar a medicação, seguir uma dieta, fazer exercício, ir às consultas) se enquadra no seu estilo de vida?
<input type="checkbox"/> Crime	Há problemas de segurança na sua casa ou na vizinhança que fazem com que seja difícil seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Crenças culturais	Qual o grupo cultural ou étnico a que pertence? De que forma é que este grupo encara a sua doença e o tratamento?
<input type="checkbox"/> Família disfuncional	A sua família (ou entes queridos) interfere ou impede-o de tomar os seus medicamentos ou de seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Atitude da família, em conflito	O que é que a sua família (ou entes queridos) acha do seu diagnóstico? O que é que acha do tratamento que lhe foi prescrito?
<input type="checkbox"/> Rendimento, inadequado	Quanto custa o seu tratamento? De que forma é que se enquadra no seu orçamento? O seu profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta aceita a sua forma de pagamento?
<input type="checkbox"/> Apoio social, ausência de	Tem pessoas / grupos significativos na sua vida, que o apoiem e estejam disponíveis para si? Tem algum apoio na sua comunidade?
<input type="checkbox"/> Estigma	Mantém a sua doença e / ou tratamento em segredo? Preocupa-o que haja consequências negativas se outros descobrirem acerca da sua doença ou do tratamento?
<input type="checkbox"/> Transporte, ausência de	Tem problemas com o transporte que o impeçam de (ir buscar os medicamentos, chegar às consultas com o prestador de cuidados, ir às compras)?
<input type="checkbox"/> Confiança no profissional de saúde, ausência de e Confiança, baixa	Acha que o seu profissional de saúde compreende os seus sentimentos ou crenças acerca da sua doença e do seu tratamento?

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Espiritual	
<input type="checkbox"/> Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta, actividade, família, comunidade)	As suas crenças e / ou práticas religiosas entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Crenças espirituais, conflito (medicação, dieta, actividade, família)	As suas crenças e / ou práticas espirituais entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Angústia espiritual	A sua doença ou regime de tratamento desafiam as suas crenças espirituais e / ou religiosas ou a sua capacidade de encontrar esperança e significado na vida?

Anexo II – Questionário *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire* (mMRC)

3.1. Questionário para avaliação do grau de dispneia, adaptado da versão modificada do Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire (mMRC)

Assinale com uma cruz (X), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

GRAU 0

Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.

"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".

GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.

"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".

GRAU 2

Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.

"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".

GRAU 3

Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.

"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".

GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.

"Estou sem fôlego para sair de casa".

Anexo III – Questionário COPD *Assessment Test* (CAT)

3.2. Questionário destinado a avaliar o impacto que a DPOC tem no bem estar e no quotidiano. (COPD Assessment Test – CAT)

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

Clique aqui para obter a sua pontuação total

Pontuação CAT	Nível de impacto
<10	Reduzido
10-20	Médio
21-30	Alto
>30	Muito alto

Anexo IV – Escala de *Borg* modificada

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Anexo V – Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL)

Nome:..... Data:...../...../.....

Instruções de preenchimento:

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e escreva o número correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias actividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há actividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer.

0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade)

1 – Eu não fico com falta de ar (Se a actividade é fácil para si)

2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar)

3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a actividade lhe causa muita falta de ar)

4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:

Cuidado Pessoal		Cuidado doméstico	
Enxugar-se	<input type="checkbox"/>	Fazer a cama	<input type="checkbox"/>
Vestir a parte superior do tronco	<input type="checkbox"/>	Mudar o lençol da cama	<input type="checkbox"/>
Calçar sapatos/meias	<input type="checkbox"/>	Lavar janelas/cortinas	<input type="checkbox"/>
Lavar a cabeça	<input type="checkbox"/>	Limpeza/limpar o pó	<input type="checkbox"/>
		Lavar a louça	<input type="checkbox"/>
		Utilizar o aspirador/varrer	<input type="checkbox"/>
Lazer		Actividade física	
Andar em casa	<input type="checkbox"/>	Subir escadas	<input type="checkbox"/>
Sair socialmente	<input type="checkbox"/>	Inclinar-se	<input type="checkbox"/>

Anexo VI – The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)

Este questionário ajuda-nos a compreender até que ponto a sua dificuldade respiratória o/a perturba e afecta a sua vida. Usamo-lo para descobrir quais os aspectos da sua doença que lhe causam mais problemas. Interessa-nos saber o que sente e não o que os médicos e o/as enfermeiro/as acham que serão os seus problemas.

Leia atentamente as instruções. Esclareça as dúvidas que tiver. Não perca muito tempo nas suas respostas.

Assinale com "X" a resposta que descreve melhor o seu estado de saúde actual:

Muito bom	Bom	Moderado	Mau	Muito mau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

PARTE 1

Para cada uma das perguntas seguintes, assinale a resposta que melhor corresponde aos seus problemas respiratórios, nos últimos 3 meses.

Assinale um só quadrado para cada pergunta.

	Maioria dos dias da semana (4)	Vários dias na semana (3)	Alguns dias no mês (2)	Só com infecções respiratórias (1)	Nunca (0)
1 Durante os últimos 3 meses tossi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Durante os últimos 3 meses tive expectoração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Durante os últimos 3 meses tive falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Durante os últimos 3 meses tive crises de pieira (chiadeira ou "gatinhos" no peito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Durante os últimos 3 meses, quantas crises graves de problemas respiratórios teve?	Mais de 3 crises <input type="checkbox"/> (4)	3 crises <input type="checkbox"/> (3)	2 crises <input type="checkbox"/> (2)	1 crise <input type="checkbox"/> (1)	Nenhuma crise <input type="checkbox"/> (0)
6 Quanto tempo durou a pior dessas crises? (passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)	1 semana ou mais <input type="checkbox"/> (3)	3 ou mais dias <input type="checkbox"/> (2)	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> (1)	Menos de 1 dia <input type="checkbox"/> (0)	
7 Durante os últimos 3 meses, numa semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) teve?	Nenhum dia <input type="checkbox"/> (4)	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> (3)	3 ou 4 dias <input type="checkbox"/> (2)	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> (1)	Todos os dias <input type="checkbox"/> (0)
8 Se tem pieira (chiadeira	Não	Sim			

ou "gatinhos" no peito), ela é pior de manhã?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)			
--	---------------------------------	---------------------------------	--	--	--

PARTE 2

Secção 1: Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória

	É o meu maior problema	Causa-me muitos problemas	Causa-me alguns problemas	Não me causa nenhum problema
	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Se tem ou já teve um trabalho pago, assinale uma das respostas:	A minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar	A minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	A minha doença respiratória não afecta (ou não afectou) o meu trabalho	
	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	

Secção 2: Perguntas sobre as actividades que normalmente lhe têm provocado falta de ar nos últimos dias.

Assinale com "X" a resposta "concordo" ou "não concordo" de acordo com o seu caso:

	Concordo (1)	Não concordo (0)
Quando estou sentado/a ou deitado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tomar banho ou a vestir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A caminhar dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A caminhar em terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A subir um lance de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A subir ladeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 3: Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e falta de ar nos últimos dias. Assinale com "X" a resposta "concordo" ou "não concordo" de acordo com o seu caso:

	Concordo (1)	Não concordo (0)
A minha tosse causa-me dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha tosse causa-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta-me o ar quando falo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta-me o ar quando me inclino para a frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha tosse ou a falta de ar perturba o meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico muito cansado/a com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 4: Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória, nos últimos dias.

Assinale com "X" a resposta "concordo" ou "não concordo" de acordo com o seu caso:

	Concordo (1)	Não concordo (0)
A minha tosse ou falta de ar envergonham-me em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença respiratória é um incómodo para a minha família, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho medo ou receio ou mesmo pânico quando não consigo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não tenho controlo sobre a minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não espero melhoras da minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença tornou-me fisicamente diminuído/a ou inválido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer exercício é arriscado para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo o que faço parece-me ser um esforço excessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 5: Perguntas sobre a medicação para a sua doença respiratória. Caso não tenha medicação, passe para a secção 6.

Assinale com "X" a resposta "concordo" ou "não concordo" de acordo com o seu caso:

	Concordo (1)	Não concordo (0)
A minha medicação não me está a ajudar muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho vergonha de tomar os medicamentos em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha medicação provoca-me efeitos secundários desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha medicação interfere muito com o meu dia a dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 6: As perguntas seguintes referem-se a actividades que podem ser afectadas pela sua doença respiratória.

Assinale com "X" a resposta "concordo" se pelo menos uma parte da frase se aplica ao seu caso; se não, assinale "não concordo":

	Concordo (1)	Não concordo (0)
Levo muito tempo a lavar-me ou a vestir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demoro muito tempo ou não consigo tomar banho ou um duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ando mais devagar que as outras pessoas ou, então, tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demoro muito tempo com tarefas como o trabalho de casa ou, então, tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando subo um lance de escadas vou muito devagar ou tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se estou apressado ou se caminho mais depressa tenho de parar ou diminuir a velocidade do passo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória tenho dificuldade em fazer coisas como: subir ladeiras, carregar pesos quando subo escadas, tratar do jardim ou do quintal, arrancar ervas, dançar, jogar à bola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória tenho dificuldade em fazer coisas como: carregar grandes pesos, cavar o jardim ou o quintal, caminhar depressa, jogar ténis ou nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória tenho dificuldade em fazer coisas como: trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar com velocidade, praticar desportos muito cansativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 7: Gostaríamos de saber como é que a sua doença respiratória habitualmente afecta o seu dia-a-dia.

Assinale com "X" a resposta "concordo" ou "não concordo". (Não se esqueça que "concordo" só se aplica quando não puder fazer a actividade devido à sua doença respiratória).

	Concordo (1)	Não concordo (0)
Não sou capaz de praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de sair de casa para me divertir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de fazer o trabalho de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de sair da cama ou da cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Segue-se uma lista de outras actividades que provavelmente a sua doença respiratória o impede de fazer.

(Não tem de assinalar nenhuma das actividades. Pretende-se apenas lembrá-lo/a da actividades que podem ser afectadas pela sua falta de ar.)

- Dar passeios a pé ou passear o cão
- Fazer o trabalho doméstico ou tratar do jardim ou do quintal
- Ter relações sexuais
- Ir à igreja, ao café, ou a locais de diversão
- Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumo
- Visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Escreva outras actividades importantes que tenha deixado de fazer devido à sua doença respiratória:

Assinale com "X" (só um) a resposta que melhor define a forma como é afectado/a pela sua doença respiratória:

Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer <input type="checkbox"/> (0)	Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer <input type="checkbox"/> (1)	Impede-me de fazer muitas das coisas que eu gostaria de fazer <input type="checkbox"/> (2)	Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer <input type="checkbox"/> (3)
---	---	--	---

Assinale com uma cruz (assim ☒), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje		
Mobilidade		
Não tenho problemas em andar	<input type="checkbox"/>	1
Tenho alguns problemas em andar	<input type="checkbox"/>	2
Tenho de estar na cama	<input type="checkbox"/>	3
Cuidados pessoais		
Não tenho problemas em cuidar de mim	<input type="checkbox"/>	1
Tenho alguns problemas em lavar-me e vestir-me	<input type="checkbox"/>	2
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	<input type="checkbox"/>	3
Actividades habituais (ex: trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)		
Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/>	1
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/>	2
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/>	3
Dor / Mal-estar		
Não tenho dores ou mal-estar	<input type="checkbox"/>	1
Tenho dores ou mal-estar moderados	<input type="checkbox"/>	2
Tenho dores ou mal-estar extremos	<input type="checkbox"/>	3
Ansiedade / Depressão		
Não estou ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>	1
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>	2
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>	3
Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:		
Melhor	<input type="checkbox"/>	1
Igual	<input type="checkbox"/>	2
Pior	<input type="checkbox"/>	3

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde

O melhor estado de saúde imaginável

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

Anexo VIII – Medida de Independência Funcional

APELIDO _____ NOME _____
 _____ IDADE _____ SEXO _____ P.U.nº
 DIAGNÓSTICO _____

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 Independência completa; em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA																
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SEMPRE OU MESES</th> <th>ANTES</th> <th>1M</th> <th></th> <th>6M</th> <th></th> <th>12M</th> <th></th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <th>____/____/____</th> <th>____/____/____</th> <th>____/____/____</th> <th>____/____/____</th> <th>____/____/____</th> <th>____/____/____</th> <th>____/____/____</th> </tr> </thead> </table>	SEMPRE OU MESES	ANTES	1M		6M		12M		DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
SEMPRE OU MESES	ANTES	1M		6M		12M												
DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____											
	AUTO-CUIDADOS																	
	A. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	B. Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	C. Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	D. Vestir metade superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	E. Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	F. Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	CONTROLO DOS ESFÍNCTERES																	
	G. Bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	H. Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	MOBILIDADE																	
	TRANSFERÊNCIAS																	
	I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	J. Sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	K. Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	LOCOMOÇÃO																	
	L. Marcha, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	M. Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	COMUNICAÇÃO																	
	N. Compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	O. Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR																	
	P. Interação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Q. Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	R. Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	TOTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Anexo X – HADS: Escala de Ansiedade e Depressão

Nome: Data: / /

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais.

Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Desconsidere os números impressos ao lado das perguntas. Leia todas as frases e sublinhe a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido na ÚLTIMA SEMANA:

Não demore muito tempo a pensar nas respostas: a sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

A		Sinto-me tenso ou contraído:	Sinto-me parado:		D
3		A maior parte do tempo	Quase sempre		3
2		Muitas vezes	Com muita frequência		2
1		De vez em quando, ocasionalmente	Algumas vezes		1
0		Nunca	Nunca		0
	D	Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente:	Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago:	A	
0		Tanto como antes	Nunca	0	
1		Não tanto	De vez em quando	1	
2		Só um pouco	Muitas vezes	2	
3		Quase nada	Quase sempre	3	
A		Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer:	Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto:		D
3		Nitidamente e muito forte	Com certeza		3
2		Sim, mas não muito forte	Não tenho tanto cuidado como devia		2
1		Um pouco, mas não me incomoda	Talvez não tanto como antes		1
0		De modo algum	Tanto como habitualmente		0
	D	Sou capaz de rir e de me divertir com as coisas engraçadas:	Sinto-me impaciente e não consigo estar parado:	A	
0		Tanto como habitualmente	Muito		3
1		Não tanto como antes	Bastante		2
2		Nitidamente menos agora	Um pouco		1
3		Nunca	Nada		0
A		Tenho a cabeça cheia de preocupações:	Penso com prazer no que tenho a fazer:		D
3		A maior parte do tempo	Tanto como habitualmente		0
2		Muitas vezes	Menos que anteriormente		1
1		De vez em quando	Bastante menos que anteriormente		2
0		Raramente	Quase nunca		3
	D	Sinto-me bem disposto:	De repente, tenho sensações de pânico:	A	
3		Nunca	Com grande frequência		3
2		Poucas vezes	Bastantes vezes		2
1		Bastantes vezes	Algumas vezes		1
0		Quase sempre	Nunca		0
A		Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado:	Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou TV:		D
0		Sempre	Frequentemente		0
1		Habitualmente	Algumas vezes		1
2		Algumas vezes			

Anexo XI – Circular normativa nº40A/DSPCD da DGS

Assunto: Orientações Técnicas sobre Reabilitação
Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva
Crónica (DPOC)

Nº: 40A/DSPCD
DATA: 27/10/09

Para: Todos os Médicos

Contacto na DGS: Direcção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, aprovado por Despacho Ministerial de 2 de Fevereiro de 2005, tem vindo a produzir e a divulgar orientações técnicas, no cumprimento das estratégias nele previstas, que promovam melhores práticas profissionais na abordagem do doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, ouvida a Comissão de Coordenação do referido Programa, entende útil e pertinente a publicação das presentes orientações técnicas sobre “Reabilitação Respiratória na DPOC”.

I – PONTOS-CHAVE

- Definição:** A Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas actividades de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença.
- Seleção de doentes:** A RR é aplicável a partir do estadió GOLD II, mas dirigida, essencialmente, a doentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa. Os fumadores não devem ser excluídos à partida, mas objecto de forte intervenção antitabágica.
- Benefícios baseados na evidência:** A RR melhora a dispneia e a qualidade de vida (evidência A); diminuí o número de dias de hospitalização e induz benefícios psicossociais (evidência B).
- Treino ao esforço:** É o componente nuclear e aglutinador do programa de RR (evidência A). Deve associar-se o treino de *endurance* ao da força muscular, envolvendo membros inferiores e superiores. Não se recomenda, por rotina, o treino dos músculos respiratórios. Deve ser administrado O₂ a doentes hipoxémicos em repouso e aos que dessaturam no esforço.
- Objectivos da Educação:** Habilitar o doente a lidar com o tratamento e prevenção das complicações da doença; promover uma modificação do comportamento e estilo de vida; tornar o doente o mais possível autónomo no auto-controlo da doença e no recurso aos serviços de saúde.

6. **Intervenção psicossocial:** É, no programa de RR, formatada individualmente ou baseada em grupos. As abordagens típicas incluem o ensino de estratégias anti-stress, controlo de pânico e aplicação de treino de relaxamento.
7. **Nutrição:** A avaliação e correcção nutricional dos doentes são mandatórias. Não está demonstrado que a administração de suplementos calóricos ou intervenções farmacológicas tragam benefícios adicionais.
8. **“Outcomes”:** Os programas devem ser sistematicamente monitorizados em termos de sintomas, desempenho na vida diária, capacidade funcional e qualidade de vida dos doentes. A qualidade do programa deve ser avaliada quanto ao tempo de espera, aderência à prescrição de exercício no domicílio, admissões hospitalares, visitas médicas não programadas e satisfação do próprio doente.
9. **Equipa:** São indispensáveis o pneumologista, o fisiatra, o enfermeiro de reabilitação e o fisioterapeuta. O grupo ideal deve incluir, ainda, psicólogo, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional. Um número menor de profissionais pode obter resultados adequados.
10. **Local e duração:** As vantagens do doente ambulatório efectuando programas, em meio hospitalar, com duração entre as 8 e as 12 semanas, incluem um melhor custo/eficácia e um ambiente seguro com “*staff*” treinado. Devem ser complementados no domicílio.

II – INTRODUÇÃO

Existe um amplo consenso relativamente às posições que as Sociedades Europeia e Americana de Pneumologia e Fisiatria adoptaram relativamente à Reabilitação Respiratória (RR) que definem como “Intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas actividades de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, optimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença”.

A evidência científica disponível mostrou que a RR, como complemento ou alternativa ao tratamento farmacológico, aumenta a tolerância ao esforço e melhora a dispneia e a qualidade de vida dos doentes. Estes benefícios reflectem-se numa demonstrada diminuição de exacerbações, consultas e internamentos hospitalares. Estes efeitos aumentam, provavelmente, a sobrevida na DPOC.

O sucesso da RR assenta na sua capacidade de influenciar positivamente os efeitos sistémicos, nomeadamente o descondicionalismo físico, a disfunção psicossocial e as comorbilidades, em particular a cardiovascular, associadas à DPOC, apesar de não ter efeitos directos no processo fisiopatológico subjacente ao desenvolvimento da doença.

Os estudos mostraram, por outro lado, que a RR é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata. Para que a sua implementação possa ser optimizada é necessário alertar, educar e treinar técnicos de saúde a todos os níveis, com o objectivo de a incorporar no centro da prática médica.

III – OBJECTIVOS DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e, de uma maneira geral, para as outras patologias pulmonares crónicas, usando como norma a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004), os objectivos imediatos da RR são:
 - a) Aliviar os sintomas, atenuando a deficiência;
 - b) Diminuir as limitações da actividade;
 - c) Promover a participação do doente na vida social, aumentando a sua qualidade de vida global.
2. São objectivos da RR, a longo prazo, manter estes benefícios e verificar se os mesmos se traduzem em:
 - a) Diminuição da utilização de recursos de saúde;
 - b) Prevenção de admissões hospitalares;
 - b) Diminuição do número de dias de internamento;
 - c) Aumento da capacidade de auto controlo da doença;
 - d) Redução da dependência dos serviços de saúde.

IV – IMPLEMENTAÇÃO DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

A RR deve ser implementada sob a forma de um programa, que estabeleça critérios de selecção dos doentes, componentes a aplicar e avaliação de resultados. Importa, igualmente, definir a estrutura do programa, o local e equipa multidisciplinar que o vai aplicar. A aderência ao programa deve ser monitorizada e o programa, em si, sistematicamente auditado.

V – SELECÇÃO DE DOENTES

1. A RR está indicada a partir do estadio GOLD II, mas deve estar disponível, essencialmente, para doentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa
2. Na perspectiva do programa de RR, há dados que indicam que os fumadores activos têm desempenhos semelhantes aos ex-fumadores, em termos de ganhos de capacidade física. No entanto, e numa dimensão mais ampla, é sabido que a cessação tabágica diminui a morbilidade e mortalidade da DPOC, sendo a única intervenção susceptível de modificar a evolução natural da doença.
3. Os fumadores devem, pois, ser objecto de uma forte intervenção no sentido de abandonarem o hábito tabágico antes de iniciarem o programa de RR. Não é razoável, no contexto da gestão de recursos, incluir aqueles que continuam a fumar.
4. O estudo funcional respiratório basal não é preditivo da resposta. Os melhores resultados encontram-se nos doentes que apresentam menores consumos de O₂ (VO₂) e limitação ao esforço, mais por diminuição da força muscular do que pela falta de reserva respiratória, ou seja, indivíduos previamente sedentários, descondicionados e com DPOC moderada a grave.
5. Nos doentes hipoxémicos em repouso ou no exercício, a suplementação de O₂ durante as sessões é imprescindível, por reduzir o risco de disritmias, aumentar a capacidade de exercício e diminuir a hipertensão pulmonar.

6. Antes de iniciar o programa de RR deve ser avaliado o risco cardiovascular dos doentes, usando tabelas de “score” de risco, electrocardiografia e ecocardiografia.
7. O programa de RR deve ser iniciado em fase de estabilidade clínica, não devendo ser interrompido (mas adaptado) se o doente for hospitalizado, mesmo que o motivo seja uma exacerbação aguda da DPOC.

VI – INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Indicações

- a) Incapacidade sintomática associada à doença respiratória;
- b) Falência da terapêutica farmacológica para aliviar adequadamente os sintomas;
- c) Motivação e aderência.

2. Contra-indicações

- a) Doença psiquiátrica ou disfunção cognitiva grave;
- b) Comorbidades instáveis, como a doença isquémica instável ou a insuficiência cardíaca descompensada;
- c) Hipoxémia induzida pelo esforço refractária à administração de O₂;
- d) Impossibilidade de praticar exercício, por exemplo, por doença reumatismal ou neurológica.

VII – COMPONENTES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. O treino ao esforço é o elemento essencial (evidência A) e aglutinador dos outros componentes da RR. Sem treino não é legítimo falar em RR. Por outro lado, ao longo da aplicação do treino é possível e oportuno embutir os diferentes componentes seleccionados para o doente.
2. Consideram-se indispensáveis, sem o grau de evidência do treino, a educação do doente, a componente psicossocial e comportamental e a intervenção nutricional.

VIII – PROGRAMA DE TREINO PELO EXERCÍCIO

1. Treino dos membros

- a) Treino de *endurance* dos membros: envolve grandes massas musculares e os exercícios são aplicados em moderada intensidade, por um período relativamente longo. (Ex: marcha, bicicleta).
- b) Treino de *endurance* intervalado dos membros: envolve exercícios similares com intensidade variável, com períodos curtos de elevada intensidade e seguidos de períodos de baixa intensidade, aplicados de forma sequencial. São, habitualmente, melhor tolerados, causando benefícios similares aos obtidos com o treino de *endurance* e benefícios acrescidos sobre o componente periférico do descondicionamento ao esforço. É usado, em particular, em doentes com capacidade física mais diminuída.
- c) Treino ao esforço: consiste na realização de exercício com resistências ou pesos/halteres. A evidência mostra que:
 - A associação de treino de *endurance* e de força é a estratégia adequada;

- A combinação do treino de membros inferiores e superiores é benéfica, por otimizar a melhoria de dispnecia em esforço e da qualidade de vida;
- Os treinos de alta e baixa intensidade produzem benefícios clínicos aos doentes com DPOC.

2. Treino dos músculos respiratórios

- a) O treino dos músculos respiratórios não se recomenda por rotina, estando, apenas, indicado quando a sua força está tão diminuída que passa a ser um componente da limitação ao exercício.
- b) A força da musculatura inspiratória é medida pela determinação da pressão inspiratória negativa máxima (PI_{max}) e a da musculatura expiratória pela máxima pressão positiva que estes músculos conseguem gerar (PE_{max}).

3. Electroestimulação neuromuscular

- a) A electroestimulação neuromuscular pode ser utilizada para ganho de massa muscular e capacidade aeróbica, sendo um modo alternativo ao treino tradicional de exercício.
- b) A electroestimulação neuromuscular, apesar de só recentemente ser aplicada em doentes com DPOC altamente limitados, tem produzido resultados positivos: melhoria da força e *endurance* dos quadricípes e repercussão sobre a capacidade global de esforço.
- c) Os protocolos em uso são vários, mas não há recomendação formal para a aplicação de qualquer um em particular.

4. Outras intervenções concomitantes com o treino de exercício

- a) Uso de anabolizantes: a evidência científica actual não suporta o uso, por rotina, de agentes anabolizantes nos programas de RR de doentes com DPOC.
- b) Suplementação com oxigénio: o uso de suplemento de oxigénio em doentes com DPOC e hipoxémia em repouso está indicado e recomendado, por rotina, por aumentar significativamente a capacidade de exercício. Assim, recomenda-se:
 - A administração de oxigénio com um débito de 3 a 5 L/min;
 - A suplementação em doentes não hipoxémicos em repouso, mas que têm hipoxemia induzida pelo exercício.
- c) Técnicas de conservação de energia e de controlo de dispnecia: as técnicas de conservação de energia têm por finalidade fazer com que o doente tenha menos dispnecia nas suas actividades de vida diária ou profissional. A técnica de controlo da dispnecia mais utilizada é a estratégia de respiração com os lábios semicerrados.
- d) Há tarefas simples que os doentes devem ser aconselhados a fazer:
 - Tomar banho sentados num banco;
 - Calçar e descalçar os sapatos sentados;
 - Fazer toda a higiene matinal sentados (escovar dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se);
 - Usar sapatos sem cordão;
 - Dividir o tempo para a realização de tarefas domiciliarias;
 - Subir escadas degrau a degrau e não ter pressa na realização das tarefas.

- e) Ventilação não invasiva: a ventilação não invasiva pode estar indicada em doentes graves seleccionados.

IX – EDUCAÇÃO

1. No programa de RR a educação deve ser considerada como um processo preparado e efectuado por profissionais treinados, com vista a habilitar o doente e a família, a:
 - a) Lidar com o tratamento da doença e com a prevenção das suas complicações;
 - b) Promover uma modificação do comportamento e estilo de vida ajustado à doença;
 - c) Tornar o doente o mais possível autónomo no auto-controlo da doença e no recurso aos serviços de saúde;
 - d) Conhecer a intervenção adequada a adoptar em cada momento.
2. Os tópicos educacionais a abordar nas sessões de grupo são os seguintes:
 - a) Fisiopatologia das doenças respiratórias e patologias associadas;
 - b) Causas de dificuldade respiratória, sinais e sintomas;
 - c) Terapêuticas farmacológicas utilizadas;
 - d) Técnicas de reeducação funcional (respiração diafragmática, com lábios semi-cerrados etc.);
 - e) Relaxamento;
 - f) Conservação de energia;
 - g) Simplificação do trabalho nas actividades da vida diária;
 - h) Dieta adequada;
 - i) Informação dos equipamentos de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias e do seu modo de funcionamento;
 - j) Viagens e meios de transporte;
 - k) Sexualidade;
 - l) Planeamento e intervenção nas agudizações;
 - m) Comunicação com a equipa de saúde.

X – INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL E COMPORTAMENTAL

1. Os doentes com DPOC têm um risco elevado de desenvolver quadros de ansiedade e depressão ligadas à antecipação e desencadeamento dos episódios de dispneia. O doente ansioso tem maior dificuldade em controlar estes episódios.
2. Nas fases moderada a grave, os sintomas depressivos estão presentes em cerca de metade dos doentes e levam à auto-exclusão social e familiar. A frustração com o mau estado de saúde e a sensação de invalidez apresentam-se sob a forma de irritabilidade, pessimismo e atitudes hostis com os outros.
3. A actividade sexual encontra-se limitada pela restrição física e pela depressão.

4. A hipoxémia associada ou não à depressão pode levar, nas fases avançadas da doença, a disfunções neurofisiológicas traduzíveis em dificuldade de concentração, perda de memória e outras perturbações cognitivas.
5. A pesquisa e identificação destes problemas devem fazer parte da abordagem inicial do doente seleccionado para o programa de RR. Além da entrevista, devem ser usados questionários padronizados (*Escala HDS*)¹.
6. Os doentes com depressão grave deverão ter orientação psicológica ou psiquiátrica específica.
7. A intervenção psicossocial, para o conjunto de doentes, dentro do programa de RR, é formatada individualmente ou baseada em grupos. As abordagens típicas incluem o ensino de estratégias anti-stress, bem como de controlo do pânico e aplicação de treino de relaxamento.

XI – INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

1. Os doentes com DPOC apresentam mudanças na composição corporal, manifestada pela perda de peso e de massa muscular, avaliada pela medição das pregas cutâneas e circunferência do braço ou por bioimpedância.
2. O mau *status* nutricional está associado com o aumento da mortalidade, independentemente do grau de obstrução. Esta situação pode ser revertida com o ganho de peso baseado no incremento da massa muscular.
3. A avaliação e correcção nutricional dos doentes são mandatórias. Não está demonstrado que a administração de suplementos calóricos ou intervenções farmacológicas tragam benefícios adicionais.

XII – AVALIAÇÃO DE RESULTADOS “OUTCOMES”

1. Os doentes com DPOC são referenciados para o programa de RR com um ou mais dos seguintes critérios:
 - a) Sintomas graves como a dispneia;
 - b) Incapacidade de realizar as actividades da vida diária;
 - c) Insatisfação com a sua qualidade de vida.
2. Os resultados das intervenções devem ser medidos pela competência dos doentes em:
 - a) Controlar os sintomas;
 - b) Melhorar o desempenho nas actividades diárias;
 - c) Aumentar a capacidade de exercício;
 - d) Melhorar a qualidade de vida.
3. Métodos de avaliação
 - a) **Avaliação de sintomas**

A dispneia, sendo por natureza subjectiva, requer um auto-relato do doente. Para avaliar a dispneia em “tempo real” são usados questionários como as escalas de “Borg” e visual

¹ Em anexo.

analógica. Estes instrumentos são particularmente úteis nas provas de esforço e nas sessões de treino. Para conhecer a evolução da dispneia ao longo do tempo e recorrendo à memória do doente, estão validadas e padronizadas várias escalas, sendo recomendável a escala **MRCDQ**².

A frequência da tosse, volume e características da expectoração devem ser inquiridos e monitorizados. Integram subescalas de questionários genéricos, como os de qualidade de vida relacionada com a saúde.

b) Avaliação do desempenho na vida diária e da capacidade funcional

A habilidade para lidar com as tarefas da vida diária não está, necessariamente, relacionada com o aumento da capacidade funcional. A avaliação do desempenho na vida real é complexa e difícil de padronizar, assentando, habitualmente, nos relatos dos doentes e, como tal, difícil de reproduzir. Recomenda-se a utilização da escala **LCADL**³

A medição da actividade através de sensores de movimento (pedómetros e acelerómetros) é o método que permite conhecer a energia produzida pelo doente fora do laboratório.

A avaliação da capacidade funcional no exercício é feita com os designados testes de terreno e com a prova de esforço cardiopulmonar (PECP).

Os dois testes de terreno estandardizados e validados são: a prova de marcha de seis minutos e o “shuttle walk test”. Estes testes são simples e realizados fora do laboratório. Contudo, não é claro que traduzam melhorias nas actividades da vida diária.

A PECP é complexa e só está disponível nalguns centros especializados. É um exame muito útil na avaliação inicial do doente, conseguindo identificar as causas de intolerância ao esforço e indicar, com precisão, o nível de exercício que deve ser prescrito. É importante no seguimento do doente e na avaliação dos resultados, devendo, por isso, ser usados protocolos quer incrementais (como na avaliação inicial) quer de carga constante (modificação do tempo de *endurance*).

c) Avaliação da Qualidade de Vida

Para os programas de RR estão validados quatro questionários, sendo o “**Chronic Respiratory Disease Questionnaire**” e o “**Saint George's Respiratory Questionnaire**” específicos para a doença respiratória, e o **Euro Qol**⁴ inespecífico. Em programas ideais recomenda-se a utilização do **SGRQ**⁵ e, em programas menos sofisticados, o **Euro Qol**.

Estes questionários têm duas limitações:

- Apesar de responderem às intervenções feitas em doentes em fase avançada da doença, não foram concebidos de raiz para esta situação;
- São extremamente influenciáveis pela ocorrência de exacerbações agudas da DPOC.

XIII – BENEFÍCIOS DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. O treino dos músculos dos membros inferiores é recomendado como componente mandatório do programa de RR (evidência A).

² Em anexo

³ Em anexo

⁴ Em anexo

⁵ Em anexo

A importância deste componente levou ao conceito actual de programa compreensivo de RR, entendido com uma intervenção que inclui obrigatoriamente o treino e, consoante os recursos, outros componentes do programa tradicional.

2. O programa de RR:
 - a) Melhora a dispneia nos doentes com DPOC (evidência A);
 - b) Melhora a qualidade de vida (evidência A);
 - c) Induz benefícios psicossociais (evidência B).
3. O programa de RR diminui o número de dias de hospitalização (evidência B).

XIV – LOCAL PARA REALIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Os princípios da RR são independentes do local de realização.
2. A RR é tão eficaz em doentes internados como em doentes ambulatoriais ou mesmo em tratamento domiciliário.
3. As vantagens do doente ambulatorio, efectuando RR em meio hospitalar, incluem um melhor custo/eficácia e um ambiente seguro com “staff” treinado.
4. A RR realizada no domicílio pode ser mais conveniente para o doente e prolonga o benefício obtido no meio hospitalar. Tem, contudo, as seguintes desvantagens:
 - a) Menor eficácia e segurança em doentes graves;
 - b) Ausência de suporte do grupo;
 - c) Presença limitada de profissionais de saúde;
 - d) Menor número e variedade de equipamentos para o exercício;
 - e) Custo inerente às visitas.
5. Para a viabilidade do treino de doentes com DPOC a longo prazo, a reabilitação domiciliar apoiada em programas educacionais (p.e. “Aprenda a viver com a DPOC” http://www.sppneumologia.pt/comissao/?imc=1n101n&fmo=co&comissao_cat=9&comissao=114) pode ser uma estratégia com um custo-eficácia positivo.

XV – EQUIPA E ESTRUTURA DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Recursos humanos e técnicos:

- a) A equipa de reabilitação respiratória deve ser multidisciplinar, com um director médico e um coordenador do programa de RR;
- b) A equipa ideal de reabilitação respiratória deve incluir médico pneumologista e fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro de reabilitação, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional;
- c) A equipa deve ser constituída, no mínimo, por médico, enfermeiro de reabilitação e fisioterapeuta;
- d) A estrutura varia consoante a população de doentes e os recursos existentes;
- e) A equipa de reabilitação respiratória deve ser constituída com o seguinte *ratio* profissional/doentes:

- Classes de exercício: de 1:4 a 1:8;
 - Classes de educação: 1:8 a 1:16.
- f) A equipa de reabilitação respiratória deve estar treinada e dispor de equipamento adequado para a ressuscitação cardiopulmonar.
- g) A equipa de reabilitação respiratória deve trabalhar em sala com condições climáticas e de espaço para possibilitar actividades físicas em grupo, incluindo área para marcha.
- h) O equipamento mínimo para a reabilitação respiratória:
- Fonte portátil de oxigénio;
 - Oxímetro de pulso;
 - Jogos de halteres;
 - Tapetes rolantes e/ou bicicletas ergométricas;
 - Cicloergómetros para membros superiores;
 - Monitores cardíacos.
- i) É fundamental, ainda, a existência de espirómetro para avaliação funcional respiratória e de um espaço que permita a realização da prova de marcha de 6 minutos, mas não tem que estar no mesmo espaço físico. Estes exames efectuem-se, habitualmente, nos serviços hospitalares de Pneumologia, havendo ainda a possibilidade, em alguns centros mais diferenciados, de avaliação por prova de exercício incremental com consumo de oxigénio.

2. Duração do programa

- a) A RR convencional faz-se, habitualmente, com duração entre as 8 e as 12 semanas. Apesar de poderem surgir benefícios ao fim de 2 semanas, os programas mais longos poderão ter efeitos mais prolongados.
- b) É fundamental um programa de manutenção. Sempre que o mesmo não seja possível, os doentes devem ser estimulados a caminhar diariamente, pelo menos, 30 a 60 minutos com monitorização pelo telefone.
- c) Outra hipótese é incluir sessões semanais ou mensais de exercício no centro de reabilitação respiratória.

XVI – CONTROLO DE QUALIDADE

Para além das avaliações centradas no doente, tem que haver avaliação da organização do programa de RR, que assegure o controlo e a melhoria contínua da qualidade, assente nos seguintes indicadores:

- a) Tempo de espera;
- b) Aderência à prescrição de exercício no domicílio;
- c) Aderência a longo prazo com modificação do estilo de vida, mantendo exercício regular, é muito importante e contribuirá para um declínio mais tardio dos benefícios – 18 a 24 meses;
- d) Admissões hospitalares;
- e) N° de dias de internamento hospitalar;
- f) Visitas médicas não programadas;

- g) Satisfação do doente.

Bibliografia

1. Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, vol 131(5) Supplement, May 2007, pp4S-42S.
2. Nici L, Donner C, Wouters E, ZuWallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, Carone M, Celli B, Engelen M, Fahy B, *et al.*; ATS/ERS Pulmonary Rehabilitation Writing Committee. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1390-1414.
3. Canteiro MC, Heitor C. Reabilitação Respiratória In: Maria João Marques Gomes, R Sotto-Mayor (eds): Tratado de Pneumologia. Vol. II, Secção V. SPP. pp. 1785-1897.
4. Comissão de Trabalho de Reabilitação Respiratória. Proposta de standardização da avaliação de deficiência, da incapacidade e do handicap no doente respiratório crónico. *Arq. SPPR* 1994;11(5):317-352.
5. J Garcia-Aymerich *et al.*: Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in Chronic Obstrutive Pulmonary Disease: a population based cohort study. *Thorax*, 2006, 61; 772-778.
6. J Garcia-Aymerich *et al.*: Regular physical activity modifies smoking related lung function decline and reduces risk of Chronic Obstrutive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2007, 175; 458-463.



Francisco George

Director-Geral da Saúde

Apêndice II – Plano de atividades para o contexto comunitário

Objetivo específico: (1) Desenvolver uma prática ética e profissional enquanto EEER assegurando um ambiente terapêutico gerador de segurança e proteção da pessoa assistida/família/cuidadores em contexto comunitário

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B. Melhoria da qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>a) Incentiva à verbalização de sentimentos, necessidades e preocupações para comunicar de forma assertiva;</p> <p>b) Estabelece uma relação interpessoal com a pessoa, família/cuidador e equipa de saúde;</p> <p>c) Fundamenta as decisões terapêuticas no código deontológico e ético da profissão;</p> <p>d) Prestação de cuidados enquanto EEER, de acordo com o quadro de referência (REPE e Código Deontológico) e a carta de direitos da pessoa com necessidades especiais;</p> <p>e) Proporciona à pessoa assistida e à família/cuidador conhecimentos necessários para assumirem a sua autonomia funcional, através do pedido de demonstração da ação;</p> <p>f) Aprofunda conhecimentos específicos na área de reabilitação, deontologia profissional, ética e moral através de pesquisa bibliográfica;</p> <p>g) Reflete e discute com o orientador clínico aspetos inerentes à prática profissional do EEER no respeito da dignidade da pessoa assistida;</p> <p>h) Reúne com os EEER da equipa, criando momentos de partilha com vista à análise das situações complexas decorrentes da prática e tomada de decisão;</p> <p>i) Participa na prestação de cuidados de acordo com normas do serviço, colaborando nos projetos em curso;</p> <p>j) Desenvolvimento de cuidados de enfermagem considerando o respeito pelo consentimento livre e esclarecido da pessoa assistida e sua família/cuidador;</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ter possibilitado a tomada de decisão autónoma e informada da pessoa assistida/família/cuidador através da relação terapêutica; Ter prestado cuidados respeitando a individualidade, privacidade, direitos da pessoa assistida e de acordo com o código deontológico; Ter aprofundado conhecimentos na área de reabilitação, deontologia e ética que fundamentassem a tomada de decisão; Ter partilhado situações da prática clínica com orientador clínico para fomentar momentos de reflexão, discussão e promover a divulgação de resultados da intervenção; Ter realizado cuidados enquanto EEER de acordo com normas, colaborando em projetos em curso; Ter participado na elaboração de planos de cuidados individualizados de reabilitação com base nos objetivos definidos com a pessoa/família/cuidador; Ter prestado cuidados enquanto EEER considerando crenças, expectativas, valores, costumes e respeito pela privacidade da pessoa; Ter elaborado registos de enfermagem sem comprometer a confidencialidade de dados clínicos da pessoa;

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER orientadas para a resolução dos problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, motor, alimentação e/ou de eliminação (vesical e intestinal) tendo em vista a promoção do autocuidado, aumento do nível de independência nas AVD e reintegração social/familiar da pessoa em contexto comunitário

<p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança dos indivíduos /grupo</p>	<p>l) Elabora registos de enfermagem considerando a confidencialidade dos dados da pessoa assistida;</p> <p>m) Instrui e inclui familiares ou cuidador no plano de cuidados de reabilitação da pessoa assistida para diminuição de riscos (alimentação, transferências, cuidados de higiene, posicionamentos);</p> <p>n) Conhece as exigências espaciais inerentes à prática de cuidados de reabilitação para garantir a satisfação das necessidades da pessoa assistida;</p> <p>o) Mobiliza o conhecimento de normas do serviço/instituição para reportar situações de risco para a pessoa assistida (risco de queda – Escala de Morse; risco de úlceras por pressão – escala de Braden);</p> <p>p) Partilha os resultados da intervenção implementada com os EEER para promover o desenvolvimento da prática especializada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ter comunicado de forma eficaz com a pessoa/família envolvendo-a na prestação de cuidados; Ter organizado o espaço físico para uma atividade de reabilitação segura, assegurando a privacidade da pessoa assistida; Ter identificado situações de risco para a pessoa assistida pelo preenchimento da escala de Morse e de Braden.
<p>Critérios de avaliação</p>	<p>De que forma das intervenções planeadas e realizadas foram importantes no desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER, nomeadamente para uma prática deontológica e ética?</p> <p>Em que medida intervenções planeadas e realizadas foram importantes no desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER, nomeadamente para promoção de um ambiente terapêutico para a pessoa?</p> <p>De que modo as ações desenvolvidas permitiram colaborar em projetos/programas/práticas de melhoria da qualidade da prática de enfermagem de reabilitação?</p>	
<p>Recursos</p>	<p>Código deontológico e ético de enfermagem; regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER; professor orientador; orientador clínico; biblioteca da ESEL; equipa de saúde do CS; pessoa/família/cuidador</p>	
<p>Local</p>	<p>Local de estágio; domicílio</p>	

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER orientadas para a resolução dos problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, motor, alimentação e/ou de eliminação (vesical e intestinal) tendo em vista a promoção do autocuidado, aumento do nível de independência nas AVD e reintegração social/familiar da pessoa em contexto comunitário

Objetivo específico: (2) Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p>a) Realização de jornal de aprendizagem sobre uma situação de relacionamento com o cliente, que promova o autoconhecimento;</p> <p>b) Realização de entrevista ao enfermeiro (a) chefe e orientador (a) clínico por forma a conhecer as dinâmicas organo-funcionais;</p> <p>c) Conhecimento de projetos em desenvolvimento, de forma a identificar lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;</p> <p>d) Apresentação do projeto de estágio individual ao enfermeiro orientador e chefia de modo a favorecer a aprendizagem;</p> <p>e) Aplicação do projeto de estágio no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa assistida contribuindo para o desenvolvimento de uma prática especializada;</p> <p>f) Conhecimento e compreensão da intervenção do EEER na prestação de cuidados à pessoa assistida promotora de adesão terapêutica;</p> <p>g) Consulta de documentação interna, programas de saúde, projetos e normas;</p> <p>h) Partilha e discussão com o orientador clínico sobre elementos teórico-práticos do processo de reabilitação e a prática real de cuidados;</p> <p>i) Tomada de decisões quanto à prestação de cuidados de EEER baseadas na melhor evidência científica disponível, sob a supervisão do orientador clínico;</p> <p>j) Pesquisa e mobiliza conhecimentos teórico-práticos mais atuais sobre a reabilitação da com necessidades especiais em contexto comunitário (função cardiorrespiratória, motora, alimentação e eliminação (vesical e intestinal));</p> <p>l) Organização de documentos de suporte teórico em dossier com base nas necessidades formativas identificadas e sobre a temática do projeto;</p> <p>m) Realiza sessão formativa na UCCI com tema proposto pela equipa e segundo necessidades formativas identificadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ter realizado pelo menos 2 jornais de aprendizagem sobre situações decorrentes da prestação de cuidados; Ter realizado entrevistas às chefias dos locais de estágio e respetivos orientadores clínicos; Ter identificado lacunas de conhecimento e ter organizado dossier com fundamentação teórica sobre a temática; Ter dado a conhecer o projeto de estágio, aplicando-o com supervisão clínica; Ter compreendido as funções do EEER pela partilha de conhecimentos e reflexões sobre a prática de cuidados; Ter fundamentado a tomada de decisões em conhecimentos teóricos sobre a pessoa assistida e questões associadas à promoção de adesão; Ter organizado dossier de documentos de suporte teórico e ter realizado sessão formativa à equipa de UCCI.

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER orientadas para a resolução dos problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, motor, alimentação e/ou de eliminação (vesical e intestinal) tendo em vista a promoção do autocuidado, aumento do nível de independência nas AVD e reintegração social/familiar da pessoa em contexto comunitário

Critérios de avaliação	<p>De que forma das intervenções planeadas e realizadas foram importantes no desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER, nomeadamente para uma prática baseada na praxis clínica?</p> <p>Em que medida intervenções planeadas e realizadas foram importantes no desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER, nomeadamente para o autoconhecimento e assertividade?</p> <p>De que modo as ações desenvolvidas permitiram aprofundar conhecimentos sobre a temática escolhida?</p>
Recursos	Biblioteca da ESEL; professor orientador; orientador clínico
Local	Local de estágio; domicílio

Objetivo específico: (3) Avaliar e diagnosticar problemas reais ou potenciais da pessoa assistida/família/cuidador em contexto comunitário, nomeadamente ao nível respiratório, motor, alimentação e eliminação (vesical e intestinal)

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p>	<p>a) Realização de recolha de informação pertinente sobre a história atual e pregressa junto da pessoa assistida/família/cuidadores recorrendo a questionários em vigor no local de estágio;</p> <p>b) Identifica as oportunidades para realizar a colheita de dados junto da pessoa assistida/família/cuidadores;</p> <p>c) Determina a necessidade de intervenções especializadas em reabilitação através do exame objetivo, consulta de exames complementares de diagnóstico e avaliação de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidade física (MIF, escala de Lower, escala de força adaptada de Brain, escala modificada de Ashworth); - Marcha e equilíbrio (Classificação Funcional da Marcha de Holden; Teste Up&Go); - Estado nutricional (Mini-Nutritional Assessment); - Estado cognitivo e afetivo (escala de depressão geriátrica de Yesavage – versão curta; Mini-Mental State Examination de Folstein; escala de NEECHAM) 	<ul style="list-style-type: none"> Ter realizado a avaliação inicial, com recurso a escaladas validadas, diagnosticando problemas, planeando intervenções e monitorizando o progresso da pessoa assistida no desempenho de atividades, a pelo menos 2 pessoas com necessidades especiais de reabilitação ao longo do estágio clínico; Ter documentado as intervenções planeadas, prescritas e implementadas junto da pessoa assistida.

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER orientadas para a resolução dos problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, motor, alimentação e/ou de eliminação (vesical e intestinal) tendo em vista a promoção do autocuidado, aumento do nível de independência nas AVD e reintegração social/familiar da pessoa em contexto comunitário

	- Autonomia e independência nas AVD (Índice de Barthel) e AIVD (Escala de Lawton & Brody) - Família, habitat, recursos económicos, rede social (escala de Zarit); d) Enuncia diagnósticos de enfermagem de reabilitação com base nas necessidades identificadas na pessoa assistida; e) Documenta avaliações, diagnósticos e prescrição de intervenções com base no tipo e gravidade do compromisso/limitação funcional/ incapacidade nas AVD da pessoa assistida/família/cuidador.	
Crítérios de avaliação	Em que medida as atividades planeadas permitiram concretizar a avaliação funcional da pessoa assistida? De que modo as atividades propostas possibilitaram adequar a intervenção de EEER à pessoa assistida?	
Recursos	Orientador clínico; equipa multidisciplinar; material para avaliação de parâmetros (medidor de tensão arterial, estetoscópio, escalas impressas); pessoa assistida e sua família	
Local	Local de estágio	

Objetivo específico: (4) Elaborar e implementar as intervenções de EEER tendo em vista a readaptação, reeducação e otimização das capacidades funcionais respiratória, motora, alimentação e eliminação da pessoa assistida em contexto comunitário

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da	a) Explica o impacto/consequências da doença no projeto de saúde da pessoa assistida à pessoa/família/cuidadores; b) Estabelece relação de parceria com a pessoa assistida/família através de partilha de informações específicas sobre a doença, as suas implicações e tratamentos disponíveis;	<ul style="list-style-type: none"> Ter implementado pelo menos 2 sessões de treino incluindo ações educacionais dirigidas à pessoa com necessidades especiais de reabilitação, elucidando para consequências da doença,

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER orientadas para a resolução dos problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, motor, alimentação e/ou de eliminação (vesical e intestinal) tendo em vista a promoção do autocuidado, aumento do nível de independência nas AVD e reintegração social/familiar da pessoa em contexto comunitário

prática de cuidados J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiopulmonar, da eliminação e da sexualidade	<p>c) Determina com a pessoa assistida/família objetivos funcionais recuperação capacidade de autocuidado e prevenção de declínio funcional a nível respiratório, motor, alimentação e eliminação;</p> <p>d) Prescreve ações de EEER criando um plano terapêutico para promover o autocuidado da pessoa assistida;</p> <p>e) Prioriza ações de EEER de acordo com os objetivos/resultados esperados, individualizados à pessoa assistida/família;</p> <p>f) Define com a pessoa assistida/família/cuidador quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida;</p> <p>g) Discute as práticas de risco com a pessoa/família/cuidador que comprometam a recuperação funcional respiratória, motora, alimentação e de eliminação;</p> <p>d) Realiza ações educacionais individuais dirigidas aos fatores de risco de alteração de funcionalidade identificados (respiratórios: técnicas de limpeza das vias aéreas, controlo da respiração; sensorio-motor: posicionamentos, transferências, andar com auxiliar de marcha, eliminação: hábitos alimentares, ajudas técnicas);</p> <p>e) Enuncia diagnósticos de enfermagem relativos às situações de risco de alteração de funcionalidade;</p> <p>f) Concebe planos de cuidados de reabilitação para redução do risco da alteração de funcionalidade e promoção da autonomia da pessoa assistida;</p> <p>g) Discute as práticas de risco com a pessoa/família/cuidador que comprometam a recuperação funcional respiratória, motora, alimentação e de eliminação;</p> <p>h) Concebe planos de cuidados de reabilitação para redução do risco da alteração de funcionalidade e promoção da autonomia da pessoa assistida/família/cuidadores segundo CIPE;</p> <p>i) Concebe e implementa programas individuais de treino funcional: marcha, locomoção, transferências, equilíbrio e preparação para posição ortostática;</p> <p>j) Presta cuidados enquanto EEER à pessoa assistida tendo em vista:</p>	<p>estratégias de gestão de sintomas e técnicas para melhorar autonomia;</p> <ul style="list-style-type: none"> Ter registado intervenções de EEER conseguindo mostrar benefícios das sessões de treino desenvolvidas; Ter prestado a pelo menos 2 pessoas para um melhor nível de independência funcional de acordo com as suas capacidades funcionais respiratórias e motoras; Ter reformulado as sessões de treino de acordo com resultados obtidos para manter a pessoa assistida motivada, avaliando regularmente progressos e sintomatologia; Ter redigido pelo menos 2 registos na plataforma RCCL dos cuidados de reabilitação.
--	---	---

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER orientadas para a resolução dos problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, motor, alimentação e/ou de eliminação (vesical e intestinal) tendo em vista a promoção do autocuidado, aumento do nível de independência nas AVD e reintegração social/familiar da pessoa em contexto comunitário

	<p>- Reeducação funcional motora (exercícios de mobilização activas, activas-assistidas e passivas osteo-articulares);</p> <p>- Reeducação funcional respiratória (exercícios de reeducação respiratória tipo abdomino-diafragmáticos (globais e selectivos)), ensino de posições de descanso e relaxamento, aplicação de técnicas de limpeza de vias aéreas (tosse dirigida, tosse assistida, manobras de percussão, compressão, vibração, expiratórias);</p> <p>- Alimentação (treino da deglutição – terapia indireta, técnicas posturais, estimulação sensitiva, exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular);</p> <p>- Eliminação – vesical (técnicas comportamentais); intestinal (gestão da alimentação e medicação);</p> <p>l) Instrui a pessoa assistida sobre estratégias de gestão energética na realização de AVD adaptado ao contexto domiciliário (produtos de apoio (prescrição, ensino e treino); cadeira de rodas, andador, camas articuladas com triângulo, cadeira de banho; correção postural e planeamento de tarefas diárias);</p> <p>m) Elabora registos das intervenções desenvolvidas enquanto EEER, evidenciando ganhos para a saúde da pessoa assistida na plataforma da RNCCI;</p> <p>n) Avalia e monitoriza o progresso da pessoa assistida no desempenho de atividades prescritas (escalas mencionadas no objetivo nº3);</p> <p>o) Reformula o plano terapêutico de reabilitação de acordo com resultados obtidos (Escala referidas no objetivo nº 3);</p>	
Crítérios de avaliação	Em que medida as atividades propostas permitiram implementar PRFR ajustados à capacidade funcional motora e respiratória da pessoa assistida?	
Recursos	Orientador clínico; equipa multidisciplinar; equipamento de apoio; pessoa assistida e sua família/cuidador	
Local	Local de estágio	

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER orientadas para a resolução dos problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, motor, alimentação e/ou de eliminação (vesical e intestinal) tendo em vista a promoção do autocuidado, aumento do nível de independência nas AVD e reintegração social/familiar da pessoa em contexto comunitário

Objetivo específico: (5) Capacitar a pessoa assistida em contexto comunitário para o autocuidado promovendo a reinserção social e exercício da cidadania		
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e / ou restrição da participação para a reintegração e exercício da cidadania</p> <p>J2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações de mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social</p> <p>3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p> <p>J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório</p>	<p>a) Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar ABVD e AIVD de forma independente (escala de Katz; escala de Lawton&Brody; índice de Barthel; MIF);</p> <p>b) Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização de AVD de forma independente no contexto comunitário (escala de depressão geriátrica de Yesavage – versão curta; classificação funcional da marcha de Holden; <i>Mini-Mental State Examination</i> de Folstein; <i>mini-nutritional Assessment</i>)</p> <p>c) Identifica barreiras arquitetónicas presentes no domicílio junto da pessoa assistida e sua família;</p> <p>d) Prescreve e utiliza material de apoio para realizar cuidados de reabilitação ajustados às características do domicílio da pessoa assistida (cadeira de rodas, andador, canadianas, cama articulada, aspirador de secreções, louça adaptada, almofadas);</p> <p>e) Ajuda a pessoa assistida e sua família a eliminar barreiras arquitetónicas presentes no domicílio que dificultem a gestão de AVD (p.ex: articulação com junta de freguesia; prescrição de produtos de apoio para ABVD, ponto d); reorganização espacial das divisões da casa);</p> <p>f) Identifica e articula-se com assistência social para mobilizar recursos na comunidade facilitadores da gestão da doença no domicílio;</p> <p>h) Ensina, instrui e treina com a pessoa assistida/família/cuidador, tendo em conta os seus objetivos individuais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - treino de ABVD (higiene pessoal, alimentação, locomoção, transferências); - treino de mobilizações ativas livres, ativas-assistidas, passivas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter mobilizado recursos da comunidade para ultrapassar barreiras arquitetónicas junto da pessoa assistida e sua família, no domicílio; • Ter aplicado conhecimentos teórico-práticos mais atuais sobre a função cardiorrespiratória, motora, alimentação e eliminação da pessoa assistida na conceção de sessões de reabilitação para promover o autocuidado e qualidade de vida como também a reinserção social e exercício da cidadania; • Ter ensinado, instruído e treinado com pelo menos 2 pessoas: treino de AVD, gestão sintomática e reeducação motora; • Ter concebido e realizado pelo menos 2 sessões de

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER orientadas para a resolução dos problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, motor, alimentação e/ou de eliminação (vesical e intestinal) tendo em vista a promoção do autocuidado, aumento do nível de independência nas AVD e reintegração social/familiar da pessoa em contexto comunitário

<p>J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - treino de técnicas de gestão dos sintomas respiratórios (tosse dirigida, tosse assistida, controlo da respiração); i) Implementa, sob supervisão clínica, sessões de treino para melhorar capacidade respiratória, motora, alimentação e de eliminação da pessoa assistida; j) Orientação e aconselhamento de familiares/cuidadores ou cuidadores informais face a cuidados de reabilitação que promovam o autocuidado e previnem complicações (posicionamentos, transferências, alimentação, estimulação cognitiva); l) Promoção da adesão terapêutica da pessoa assistida/família/cuidador ao plano individual de reabilitação: <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de fatores limitadores de adesão; - Identificação de fatores facilitadores de adesão; - Avaliação do risco de não adesão (Anexo V); - Conhecimentos, expetativas e objetivos face ao plano individual de reabilitação; m) Diagnóstica, planeia e implementa intervenções promotoras de adesão terapêutica, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da família/cuidador no plano individual de reabilitação; - Explicação regular de benefícios dos cuidados de reabilitação; - Avaliação sintomática frequente para demonstrar progressos; - Incentivo ao exercício físico e mobilidade; n) Elabora registos das sessões de treino e intervenções desenvolvidas permitindo a continuidade de cuidados de reabilitação; o) Monitoriza e avalia os resultados das sessões de treino através dos progressos da pessoa, recuperação de autonomia e aumento da qualidade de vida. 	<p>treino recorrendo aos materiais do local de estágio e respetivo registo de resultados obtidos.</p>
<p>Critérios de avaliação</p>	<p>De que modo as atividades propostas permitiram aumentar a autonomia da pessoa assistida para o autocuidado?</p>	

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER orientadas para a resolução dos problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, motor, alimentação e/ou de eliminação (vesical e intestinal) tendo em vista a promoção do autocuidado, aumento do nível de independência nas AVD e reintegração social/familiar da pessoa em contexto comunitário

	<p>Em que medidas as atividades propostas foram pertinentes para promover a reinserção social e exercício da cidadania da pessoa assistida? De que forma as atividades programas contribuem para desenvolver competências enquanto EEER na capacitação e maximização de funcionalidade da pessoa assistida?</p>
<p>Recursos</p>	<p>Orientador clínico; professor orientador; equipa multidisciplinar; pessoa assistida e sua família</p>
<p>Local</p>	<p>Biblioteca da ESEL; domicílio; local de estágio</p>

<p>Objetivo específico: 6) Analisar o processo de aprendizagem realizado com vista ao desenvolvimento de competências de EEER</p>		
<p>Domínios e Competências</p>	<p>Atividades</p>	<p>Indicadores</p>
<p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>B2.1 Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, processo e Resultado</p> <p>1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p>Critérios de avaliação</p>	<p>a) Elaboração de reflexões escritas estruturadas que contemplem o planeamento, a intervenção e a avaliação dos cuidados especializados, de acordo com o processo de enfermagem;</p> <p>b) Realização de diários de aprendizagem ao longo do estágio;</p> <p>c) Discussão e partilha com a equipa de EEER sobre as intervenções determinadas e os resultados após implementação;</p> <p>d) Identifica e compreende os dados provenientes da avaliação da pessoa assistida, no que refere à avaliação sintomática, qualidade de vida e capacidade funcional para reformular planos terapêuticos de reabilitação;</p> <p>e) Compreende as funções do EEER que se reflete na toma de decisão e reformulação de planos terapêuticos de acordo com os objetivos da pessoa assistida;</p> <p>g) Aplica instrumentos de avaliação de resultados como escalas validadas para entender os resultados da intervenção realizada;</p> <p>h) Elaboração de estudo de caso que evidencie a prestação de cuidados enquanto EEER à pessoa assistida em contexto comunitário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado pelo menos 2 reflexões escritas sobre a intervenção desenvolvida; • Ter elaborado pelo menos 1 diário de aprendizagem; • Ter partilhado pontos de vista dentro da equipa de enfermagem de reabilitação e multidisciplinar; • Ter reconhecido as limitações presentes nos locais de estágios restritivas do desenvolvimento da ação do EEER; • Ter preenchido escalas para a avaliação de resultados das intervenções realizadas; • Ter elaborado pelo menos 1 estudo de caso.

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEER orientadas para a resolução dos problemas de funcionalidade, reais e potenciais, a nível respiratório, motor, alimentação e/ou de eliminação (vesical e intestinal) tendo em vista a promoção do autocuidado, aumento do nível de independência nas AVD e reintegração social/familiar da pessoa em contexto comunitário

Crítérios de avaliação	De que forma as atividades propostas permitem desenvolver competências de EEER? Em que medida as atividades determinadas permitem conhecer os resultados das intervenções de reabilitação?
Recursos	Professor orientador, orientador clínico
Local	Domicílio; Biblioteca da ESEL; local de estágio

Apêndice III – Reflexão nº1 - contexto comunitário

Reflexão nº1 – Contexto Comunitário

Há coisas que podem ser aprendidas através da leitura de um livro, mas outras só podem ser aprendidas no contato com os outros ou através da reflexão (Lusignan, Pritchard e Chan, 2002). Com base neste pressuposto surge a primeira reflexão sobre a prática tendo em vista o desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A comunidade foi por onde comecei o meu estágio clínico. São ainda recentes os conhecimentos teórico-práticos relativos à área de enfermagem de reabilitação. Mais, é o primeiro contacto com dimensão prática do processo de reabilitação, isto para dizer que ainda não existe um domínio completo dos seus componentes específicos nem dos fatores que influenciam o seu desenvolvimento.

A situação que passo a descrever acontece no início da segunda semana de estágio e está associada às diversas variáveis que nomeei anteriormente. Concretamente diz respeito a uma situação que vivenciei com o Sr. C¹. Indivíduo, sexo masculino, caucasiano de 84 anos, sem filhos e que vive com a esposa, com menos 10 anos, num apartamento próprio rés-do-chão. Dependente total na realização das AVD devido aos antecedentes pessoais de Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson. Tem apoio domiciliário bidário para os cuidados de higiene sendo que os restantes cuidados são prestados pela esposa. Recebe a visita da equipa de enfermagem da UCCI duas vezes por semana, cujo propósito central passa pelo desenvolvimento de capacidades potenciais do Sr. C e da esposa, para uma maior independência no autocuidado com a prestação de cuidados de reabilitação.

Num das visitas, o Sr. C encontrava-se sonolento e pouco comunicativo. Polipneico com respiração superficial, regular e expansão simétrica, com crepitações apicais à auscultação pulmonar. Dificuldade na deglutição de dieta oferecida. Queixoso à mobilização. Apirético. Segundo a esposa, desde o dia anterior apresentava diminuição de débito urinário. Pelo exame físico, objetivou-se globo vesical e drenagem de piúria extra-algália em quantidade moderada. Perante o quadro clínico do Sr. C, foi efetuada substituição da algália com drenagem de 1000cc de piúria.

A esposa encontra-se bastante ansiosa em ter o marido naquela situação em casa. Foi aconselhada em recorrer ao serviço de urgência da área de residência, no entanto recusou. A última experiência em contexto hospitalar não tinha sido positiva o que levou a esposa a colocar de parte a hipótese. Neste seguimento, contactou-se o

médico de família para exposição do quadro clínico, que resultou na prescrição de antibioterapia por suspeita de infecção do trato urinário. O Sr. C apresentou ligeira melhoria do estado de consciência, estava mais alerta ao ambiente externo, por isso ficou para segundo plano a ida ao serviço de urgência. Mesmo assim, continuava a inspirar sérias preocupações relativamente à satisfação de Necessidades Humanas Fundamentais: respirar e alimentar-se. Com base nesta preocupação, a esposa foi elucidada sobre os riscos inerentes ao estado de consciência do marido e ao possível agravamento de sintomas associados à infecção urinária, para que estivesse preparada e soubesse como atuar na concretização deste quadro. Reforçou-se novamente os meios disponíveis para responder à urgência da situação, nomeadamente o INEM. Em todo o caso, a esposa tinha na sua posse o contacto telefónico de urgência da ECCI para esclarecimento de dúvidas junto da equipa de referência, ou seja, da equipa que conhecia e confiava.

A vivência desta situação deixou-me apreensiva relativamente ao poder que a família/cuidadores têm no domicílio. O sentimento predominante foi o de impotência. Por mais explicações e simplificação da informação dada, selecionando a cada momento a informação mais pertinente para dar à esposa, no sentido de a capacitar para a melhor decisão, a cuidadora manteve sempre a determinação de não recorrer ao serviço de urgência com o Sr. C. Apesar da convicção da esposa, não deixei de verificar que se encontrava ansiosa e ao mesmo tempo hesitante em ficar em casa sem assistência médica. Senti angústia e ainda um sentimento de incapacidade, dado que a decisão da esposa poderia refletir a minha inaptidão enquanto futura Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para o aconselhamento e defesa da saúde do Sr. C. Mesmo tendo possibilitado a articulação com outros membros da equipa de saúde, mais concretamente com o médico de família, conseguindo que o Sr. C permanecesse em sua casa a cumprir antibioterapia, senti que o princípio de preservação de funcionalidade, inerente à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, poderia ter sido colocado em causa.

Ao examinar e refletir sobre a situação vivida penso ter sido assertiva e empática ao mesmo tempo, uma vez que moldei o meu discurso ao estado emocional da esposa como também ao nível de escolaridade (analfabeta), simplificando sempre que possível as informações dadas. Muito embora, para mim foi difícil de aceitar que a esposa, contrariamente ao aconselhado, mantivesse a decisão do Sr. C permanecer em casa.

Esta experiência teve um lado positivo na medida em que me proporcionou o contacto com uma situação delicada, a do Sr. C, dependente total de terceiros, que está em casa sozinho com a esposa, cuidadora principal, que também ela já apresenta limitações na realização de AVD. Sensibilizou-me para a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário, que através de um acompanhamento regular e próximo à pessoa com necessidades especiais no seu domicílio, permite que haja a intervenção em caso de doença episódica, como é exemplo a anteriormente descrita, planeando, coordenando e tornando disponíveis serviços adequados às necessidades identificadas, sem recorrer a serviços hospitalares. Mais ainda, consciencializou-me para a relevância da capacitação da família/cuidador no processo de prevenção de doença, promoção de saúde e manutenção de funcionalidade para minimizar os efeitos negativos da doença.

Como aspeto menos positivo desta situação menciono a decisão da esposa condicionada por experiências de vida significativas negativas, nível de escolaridade, rendimento e idade, fatores sociais que estão relacionados com o conceito de vulnerabilidade. Em saúde pode-se descrever o conceito como um processo dinâmico e multidimensional associado à possibilidade de uma determinada pessoa ou grupo ficar doente ou sofrer lesões como consequência de fatores individuais, coletivos e contextuais e o acesso que têm a mecanismos de proteção (Lessick *et al.*, 1992 cit. por Nichiata *et al.*, 2008). À luz destes pressupostos, torna-se perceptível a influência que a capacidade da esposa tem na gestão de cuidados do Sr. C, sendo determinante no acesso a mecanismos de proteção. Desta forma é fundamental desmitificar o receio do familiar relativo aos serviços hospitalares para que estes sejam uma opção válida numa situação de doença episódica, como esta.

Analisando esta situação à luz dos ganhos para a intervenção futura, compreendi que o contexto comunitário engloba diversos desafios. Um deles passa pelo empoderamento das famílias/cuidadores para a decisão terapêutica mais adequada ao momento e pessoa assistida, exigindo um domínio do instrumento terapêutico: comunicação tendo em vista a compreensão da pessoa e da realidade em que está inserida, de modo a poder intervir numa maior extensão e com maior profundidade. Ainda sobre os desafios do contexto comunitário, considereei esta situação em concreto como um dilema ético. Se por um lado respeitei os direitos, valores e crenças da sua esposa na medida que permitimos que o Sr. C não fosse

para o serviço de urgência, não deixei de pensar que teria sido mais benéfico nesta situação ter recorrido ao serviço hospitalar. Compreendi que a ética pessoal não se pode sobrepor à ética profissional, sempre que seja salvaguardado a aplicação dos princípios de não-maleficência e de beneficência, na advocacia dos melhores interesses da pessoa assistida e na execução de cuidados competentes de acordo com normas de boas práticas. Mais, compreendi a mais-valia de conhecimentos teórico-práticos consolidados na defesa da saúde da pessoa assistida, implicando estar ciente da influência dos fatores sociais na gestão de cuidados, como são exemplo nesta situação a idade e nível de escolaridade da esposa, sendo novamente crucial o domínio da comunicação.

Em conclusão, a análise desta situação contribui para a consciencialização do desempenho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação num contexto tão particular como o comunitário, da responsabilidade e das competências que lhe são exigidas neste âmbito. Dependendo da realidade em que se insere a pessoa alvo dos nossos cuidados, devemos escolher a abordagem mais ajustada, evitando criar situações de antagonismo perante as nossas recomendações. Constatei ainda que respeitar os direitos, valores e crenças da pessoa e sua família no domicílio, pode ser o maior desafio encontrado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação neste contexto. Quem cuida deve sempre colocar o bem-estar da pessoa acima de tudo, procurando conduzir a pessoa ao melhor processamento da mensagem tendo em vista a decisão livre e informada, ou seja, o respeito pelo princípio de autonomia.

Para finalizar, remetendo-me para a situação inicialmente descrita, sinto a necessidade de pensar sobre a utilização do instrumento: comunicação na intervenção desenvolvida. A necessidade de aprofundar a influência dos fatores sociais na saúde da pessoa, ou seja, em que medida a deixam vulnerável para determinados fatores de risco. É evidente para mim agora que esta situação proporcionou uma perceção mais clara dos meus princípios éticos, valores e pressupostos. Naturalmente, de futuro terei um pensamento mais crítico e lógico nas situações encontradas na prática de cuidados. Além disso, foi uma chamada de atenção quanto à obrigatoriedade de desenvolver uma visão mais ampla quanto ao ambiente que rodeia a pessoa assistida sem nunca perder o foco de cuidado enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lusignan, S., Pritchard, K., Chan, T. (2002). A Knowledge-management model for clinical practice. *Journal Postgraduate Medicine*. 48. p. 297-303.

Nichiata, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R., Fracoli, L. (2008). A utilização do conceito "Vulnerabilidade" pela enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 16 (5). p. 923-928. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>

Apêndice IV – Reflexão nº2 - contexto comunitário

Reflexão nº2 – Contexto comunitário

O envelhecimento demográfico da população está associado uma maior incidência de doenças crónicas incapacitantes resultando num acréscimo de cuidadores informais que, por sua vez, apresentam limitações decorrentes do seu próprio processo de envelhecimento, constituindo-se a atividade de cuidar, um fator acrescido de morbilidade física e mental (Chien, Chu, Guo, Lião, Chang, Chen & Chou, 2011).

A experiência que em seguida descrevo explana o pressuposto anteriormente referido. Por esta razão e no sentido de avaliar as intervenções desenvolvidas nesta situação e tentar compreender o impacto das ações no outro e em mim, considereei que devesse ser alvo de reflexão.

Assim, apresento a situação vivenciada com o Sr. E de 85 anos, sexo masculino, caucasiano, reformado, casado com Sr.^a C de 80 anos. Dependente total nas AVD. Tem como antecedentes pessoais AVC isquémico em 2013, doença de Parkinson, síndrome demencial, hipertensão arterial, hipotireoidismo, hiperplasia benigna da próstata, anemia. Há 4 meses esteve internado no hospital por traqueobronquite aguda. Vive sozinho com a esposa, também com síndrome demencial, em apartamento arrendado, localizado no 4º andar de prédio com elevador. Dispõe de cama articulada elétrica e cadeira de rodas. O Sr. E. não tem filhos mas tem duas enteadas, de 60 e 67anos, que assumem o papel de cuidadoras informais principais. Para dar respostas às necessidades diárias do Sr.E, as enteadas contrataram os serviços de IPSS¹ no regime bidiário. Ainda assim, diariamente no intervalo dos serviços prestados pela IPSS, as cuidadoras informais, alternadamente, visitam os pais para assegurar a alimentação e limpeza da residência.

Tive contacto com esta família devido aos serviços prestados pelo Centro de Saúde no domicílio necessários pelas alterações de mobilidade apresentadas pelo Sr. E. após o último internamento. Na altura que conheci esta família, o enfermeiro especialista em reabilitação já tinha iniciado a implementação do plano de cuidados com ênfase no autocuidado: mobilidade e na reeducação funcional respiratória. Tratava-se, portanto, de dar continuidade aos cuidados de reabilitação. Por esta razão, a minha ação incidiu em exercícios de reeducação funcional respiratória do tipo abdomino-diafrgmáticos e costal (globais e seletivos), como também, exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico com o Sr.E. sentado na cama. Dei-me conta, após algumas sessões, que era possível, face à presença de equilíbrio estático e dinâmico durante os exercícios realizados, concretizar a transferência do Sr. E para a

cadeira de rodas, conseguindo desta forma contribuir para diminuir os efeitos negativos da imobilidade no sistema respiratório e no sistema músculo-esquelético, por vezes com consequências mais graves do que a patologia que originou a imobilidade (OE, 2013).

Assim, propus realizar a transferência do Sr. E. para a cadeira de rodas, envolvendo as cuidadoras informais na atividade para mais tarde o poderem deitar na cama. Nesse momento, foi alertada pela EEER que esta atividade já tinha sido planeada e implementada sem sucesso. Fiquei surpresa e frustrada, interpretando a informação como uma má avaliação da minha parte da situação. Com efeito, o Sr. E. estava cansado de modo que a sessão de reabilitação tinha chegado ao fim.

Em consequência do acontecimento descrito no último parágrafo, questioneei a EEER sobre as razões pelas quais a atividade de transferência para a cadeira de rodas não tinha tido sucesso. Explicou-me que o Sr. E. apesar de receber a visita diária das enteadas passava a maior parte do dia sozinho com a esposa. De tal modo que, todas as vezes que o Sr. E. tinha ficado na cadeira de rodas a esposa, percebendo o desconforto do marido e não conseguindo transferi-lo sozinha para a cama, gritava da varanda para os transeuntes da rua para pedir ajuda para deitar o familiar. Tratava-se de uma situação que colocava em risco a segurança de ambos e daí que foi decidido entre a EEER e as enteadas, sem a possibilidade de permanecerem mais tempo em casa dos familiares devido às condicionantes das suas vidas pessoais, que o Sr. E. não ficaria sentado na cadeira de rodas.

Senti-me aliviada e competente pelo facto de a minha avaliação da capacidade funcional do Sr.E. estar correta. Naturalmente, o Sr. E. beneficiava com a atividade proposta. Tanto que já tinha sido uma atividade planeada e implementada pelo EEER, pondo em prática um dos principais objetivos da reabilitação, a (...) gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem” (Hesbeen, 2003, p.52). Ainda pela mesma razão, senti-me desapontada uma vez que o Sr. E. não iria beneficiar em pleno do plano de cuidados de reabilitação, como também, lamentei ter proposto uma atividade que não era possível desenvolver naquele contexto familiar.

A meu ver, faltou-me prudência ao propor a atividade dirigida ao autocuidado: transferir-se. Em primeiro lugar, deveria ter conhecido melhor a dinâmica desta família. Ter a consciência das necessidades e vulnerabilidades, capacidades e conhecimentos dos membros da família (enteadas e esposa) para a prestação de cuidados. O exercício do papel de cuidador familiar de pessoas dependentes no

autocuidado é uma tarefa exigente (Pereira e Paiva, 2012). Ao sugerir a realização desta atividade centrei-me no cuidado direto ao Sr. E. quando a promoção do autocuidado na pessoa idosa, segundo Pego e Henriques (2016), não está apenas na esfera individual e interpessoal, mas dependente também de fatores externos (sociais, estruturais e de contexto).

Poderia ter previsto que a atividade proposta podia provocar na esposa ansiedade face à incapacidade de ajudar o marido em caso de necessidade. Além disso, teria sido útil ter feito uma avaliação da família, apesar do trabalho individual desenvolvido junto do Sr. E., para ter uma visão macroscópica da situação, atendendo ao fato que o processo de enfermagem e resultado deve ter por base que cada pessoa faz parte de uma família (Hoeman, 2008). Certamente que nesta condição ter-me-ia focado em outros problemas mais prioritários.

De qualquer forma, do meu ponto de vista, esta experiência permitiu-me conhecer os obstáculos que podem surgir à implementação do plano de cuidados de reabilitação em contexto comunitário. Segundo Birchfield (2000), a maioria dos cuidados prestados na comunidade provêm de redes informais de familiares e amigos, são vistos como uma extensão dos cuidadores formais (enfermeiros) embora habitualmente não tenham escolha sobre a assunção dos cuidados. Ainda o mesmo autor, alerta para um fator problemático no âmbito do atual sistema de cuidados de saúde, a diminuição do sentido de responsabilidade de alguns prestadores de cuidados para dar respostas às necessidades fundamentais humanas do familiar, porventura devido à diversidade e complexidade dos cuidados que lhes pode causar sofrimento psicológico e físico, como também, conduzir a desorganização financeira.

Ainda que a situação retratada seja um tema sensível porque revela uma dinâmica familiar ineficaz na resposta às necessidades fundamentais do Sr. E., possibilitou compreender como o papel do EEER junto do prestador de cuidados é crucial para promover o autocuidado da pessoa assistida no domicílio. Elucidou-me sobre o papel do cuidador informal, que pode funcionar como potenciador ou inibidor do autocuidado mediante a interação dinâmica e a conjugação complexa de condições intrapessoais, interpessoais e de contexto (Pego e Henriques, 2016).

Perante estes fatos, considero que de futuro necessito de adotar uma visão integrada dos fatores que promovem ou inibem o autocuidado das pessoas assistidas nas suas atividades de vida diária em contexto comunitário. Por isso, é decisivo contribuir para que o prestador de cuidados consiga planear, restabelecer as rotinas

e compreender o processo de transição que está a viver (Pereira e Paiva, 2012) para desenvolver intervenções de enfermagem mais abrangentes e integradas, de modo a que, assegurem a continuidade de cuidados de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chien, L., Chu, H., Guo, J., Lião, Y., Chang, L., Chen, C., Chou, K. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *Int J Geriatric Psychiatry*. 26. p.1089-1098;

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-43-6;

Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ªed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-31-4;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade -posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros;

Pereira, I.; Paiva, A. (2012). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. *Pensar Enfermagem*. 16 (1). p. 42-54;

Birchfield, P. (1999). Saúde dos Idosos. In Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (p. 635 – 656). 4ªed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9789728383053;

Pego, M.; Henriques, M. (2016). Uma Abordagem Socioecológica ao Problema do Autocuidado nas Atividades de Vida Diária das Pessoas Idosas em Contexto Domiciliário. *Pensar Enfermagem*. 20 (1). p. 16-26.

Apêndice IV – Reflexão contexto hospitalar

Reflexão crítica nº3

Para o contexto hospitalar foi determinado a aplicação do projeto académico subordinado ao tema “a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) junto da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC): promoção da adesão ao Programa Reeducação Funcional Respiratória (RFR)”. A Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) foi escolhida por se tratar de um serviço com enorme potencial para a concretização dos objetivos delineados. O início do estágio neste local corresponde à etapa final de um percurso académico necessário para a obtenção do título de EEER e grau de mestre. Para trás ficou a realidade prática da intervenção do EEER em comunidade, bem diferente da realidade do EEER no meio hospitalar.

As transições podem ser resultado de mudanças na vida. Um processo de transição tem múltiplas dimensões com diferentes particularidades e graus de complexidade que por sua vez podem gerar significados variados, determinados pela perceção de cada indivíduo (Meleis *et al.*, 2000). Qualquer transição acarreta consigo dificuldades, desafios, adaptações, aprendizagens, transformações, novas hipóteses e conhecimentos. Noutros termos, a mudança para a realidade hospitalar, especificamente para a URR, trouxe desafios exigentes, nomeadamente: a adaptação a um novo contexto da prática de enfermagem de reabilitação, o conhecimento das características dos clientes alvo de cuidados, o conhecimento e compreensão da intervenção do EEER no contexto hospitalar e a implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação na área respiratória. Por conseguinte, exigiram uma reorganização de saberes, pensamentos e conhecimentos.

A URR tem características bastante específicas e metodologias de trabalho sistematizadas de forma a responder às necessidades dos seus clientes. A equipa desta unidade é constituída por 1 médico pneumologista especializado em reabilitação respiratória, 6 EEER, 2 assistentes operacionais, 1 assistente técnica, 1 técnica do serviço social, 1 dietista, 1 psicóloga. Tem como objetivo principal proporcionar assistência ao cliente no âmbito da prevenção e tratamento da patologia respiratória. Para tal está organizada de maneira a implementar junto do cliente um programa de RFR adequado à situação clínica individual atual e diagnóstico em causa. Daí que a intervenção do EEER na URR é dirigida exclusivamente às patologias de foro respiratório ou a complicações pulmonares resultantes do diagnóstico principal. A intervenção é desenvolvida na URR (box, ginásio e hospital dia) ou nas unidades em que o cliente se encontra internado, mediante solicitação médica ou de enfermagem de RFR.

Esta URR pela sua especificidade obriga a um domínio de conhecimentos relativos às patologias do foro respiratório, assim como, à perícia na utilização de instrumentos e materiais de avaliação (escalas, estetoscópio, *peak flow meter*, oxímetro, entre outros). Como também, domínio da execução de técnicas e exercícios respiratórios dirigidos às necessidades individuais e especificidades dos diagnósticos clínicos.

Integrar todas as particularidades/caraterísticas da URR fez-me sentir perdida nas duas primeiras semanas até encontrar um ponto de equilíbrio entre os meus conhecimentos teóricos e aplicação destes com a supervisão do EEER. Tratou-se de um percurso adaptativo bastante desafiante e exigente que até me fez questionar relativamente à pertinência do meu tema neste local de estágio. Isto porque cedo me apercebi que não conseguiria acompanhar um cliente com DPOC em toda a extensão do PRFR proposto durante as 250h de estágio. Portanto, coloquei a mim própria as seguintes questões: “em que medida a temática do meu projeto académico tem sentido na URR?” e “qual o contributo desta problemática para a enfermagem de reabilitação?”.

Chegar até às respostas das questões levantadas foi um caminho difícil. Neste caminho as palavras de Benner (2001) referentes aos níveis de proficiência no processo aprendizagem (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito) repetiam-se na minha cabeça em diferentes linhas de pensamento. Este campo de ação, a URR, fez-me sentir num nível de iniciado uma vez que os aspetos inerentes aos cuidados não me eram familiares. Segundo Benner (2001), é uma situação caracterizada pela dificuldade de integrar os conhecimentos teóricos e aplica-los em situações reais, podendo ser vivenciada pelos profissionais que mudam de contexto. O período adaptativo nesta unidade fez-me contactar com inúmeras situações clínicas, com diferentes clientes em contexto de internamento ou ambulatório. Desta maneira obrigou-me a conhecer e a interiorizar as dinâmicas da URR, já descritas, e entender a intervenção do EEER na URR. Compreendi que nesta unidade o EEER tem como função: identificar, planear, orientar e executar cuidados de enfermagem de reabilitação na área da RFR e por vezes na área da reeducação funcional motora, à pessoa adulta e idosa; proporcionar apoio psicológico, de forma a obter o máximo da sua colaboração, integrando um ensino adequado, sempre que a situação o permita, com o objetivo de atingir a máxima autonomia do doente; avaliar os cuidados prestados em conjunto com a equipa do serviço, reformulando o plano de atuação se necessário e encaminhando-o para o departamento de RFR logo que possível; realização de registos no processo clínico do doente, dando particular atenção à evolução das capacidades funcionais; e vigilância da estabilidade hemodinâmica (sinais vitais, gasometrias, etc). De igual forma, foi preponderante aprofundar conhecimentos teóricos na área da patologia respiratória, a aprimorar a análise de exames complementares de diagnóstico e recolha sistemática de dados relacionados com os clientes nas diferentes áreas de intervenção, desenvolver competências na identificação de diagnósticos relacionados com a patologia respiratória, planear intervenções e resultados, aperfeiçoar a execução de técnicas e exercícios respiratórios e por fim, obrigou-me a perceber a metodologia utilizada para determinar o progresso do cliente no programa de RFR (escalas, questionários). Por outras palavras, esta unidade exigiu um método sistematizado e organizado baseado no processo de enfermagem por forma a assumir um maior controlo sobre a minha prática, fazendo uso dos meus conhecimentos e perícia de modo construtivo

de modo a aumentar a possibilidade de atingir bons resultados acadêmicos e de o cliente alcançar bons resultados (Doenges e Moorhouse, 2010).

Utilizando mais uma vez as palavras de Benner (2001), a perícia desenvolve-se com o tempo, quando o enfermeiro testa e refina propostas, hipóteses em situações da prática real edifica a caminho para a perícia, a experiência. Apesar de inicialmente sentir-me perdida quanto ao desenvolvimento da temática escolhida para este local de estágio devido ao foco na resposta humana à prestação de cuidados do EEER nesta unidade. Consegui através de uma planificação libertar-me da insegurança inicial, que me dava um comportamento limitado e rígido, apropriar-me das experiências às quais dei resposta e encontrar a aplicabilidade da problemática da adesão da pessoa com DPOC ao PRFR.

Agora é evidente para mim a resposta às questões levantadas. Há uma quantidade imensa de “(...) conhecimento não referenciado (...) integrado na prática e no “saber fazer” (...) dos enfermeiros peritos, no entanto ao não registar as aprendizagens resultantes das suas experiências, o conhecimento não poderá alargar-se ou desenvolver-se completamente (Benner, 2001, p.40). As estratégias adotadas pelos EEER para promover a adesão ao programa de RFR da pessoa com DPOC não são descritas e apresentadas explicitamente no seu quotidiano contribuindo para a falta de reconhecimento por parte de outros elementos da equipa multidisciplinar e de retribuição face à prática de enfermagem (Benner, 2001).

Naturalmente que a estrutura e organização dos programas de RFR nesta unidade são um fator crucial para a adesão dos clientes em geral ao mesmo. Com efeito, seguir as diretrizes internacionais e nacionais nesta área maximizam os resultados obtidos e, por conseguinte, aumentam a probabilidade de sucesso. Na verdade, verifiquei que as taxas de abandono, ou seja, de não adesão são muito baixas nesta unidade, situação que colocou em questão o meu projeto académico. Se não fosse ter constatado que a intervenção do EEER, note-se que são os únicos profissionais que executam o plano de reabilitação determinado junto do cliente, tem um contributo fundamental para atingir os objetivos do programa.

Quando o EEER realiza o acolhimento logo após à consulta médica de especialidade em reabilitação respiratória, se apresenta como elemento perito na realização do programa de RFR e distribui as sessões pelos dias da semana e horários compatíveis com a vida social, familiar e profissional da pessoa dá o primeiro passo para estabelecimento da relação terapêutica devido a inspirar empatia e confiança à pessoa assistida, daí que também aumenta a probabilidade de regresso à unidade para uma segunda sessão. Esta abordagem serve partida para a implementação para o restante programa.

Aliás, sempre que o EEER inicia uma sessão de RFR tem em atenção a tolerância do cliente ao exercício prescrito e vai mais além quando se trata de uma primeira sessão. Nestes casos, o EEER prima pela explicação de cada exercício para que o cliente entenda a sua execução, o seu propósito, a relação do exercício com a recuperação funcional e consequentemente crie metas realistas ao seu estado clínico.

Em todas as sessões, o EEER acompanha o cliente na realização dos exercícios que está menos à vontade, supervisiona a sua realização, dá reforço positivo, adapta os exercícios executados na unidade ao domicílio na tentativa de facilitar a execução em casa, evidencia os ganhos dos exercícios (p.ex: os valores de oximetria iniciais versus os valores de oximetria finais), esclarece dúvidas relativas aos sintomas do cliente, fornece informações sobre a doença, reconhece as dificuldades do cliente, valoriza os incrementos de resistência na realização de exercícios. Entre outras medidas/estratégias que continuo a observar com sendo parte integrante do quotidiano do EEER.

Equacionar todos estes fatores contribuidores, valoriza-los e referencia-los é fulcral para desenvolver a prática de enfermagem. Veja-se que é uma unidade em que apenas os EEER desenvolvem o PRFR o que viabiliza as conclusões face aos resultados obtidos terem o contributo chave deste profissional e, portanto, serem resultados sensíveis à prática de enfermagem.

Em suma, a exigência deste local de estágio apenas conduziu a uma reorganização de pensamento e como tal permitiu compreender que o projeto determinado é possível concretizar desde que tenha como propósito evidenciar as intervenções que os EEER já implementam para garantir a adesão do cliente aos PRFR e não para perceber se os clientes aderem ou não conforme a implementação das ações delineadas no projeto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Quarteto editora: Coimbra. ISBN: 972-8535-97-X;

Doenges, M., Moorhouse, M. (2010). Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem – um texto interativo para o raciocínio diagnóstico. 5ªed. Lusociência: Lisboa. ISBN: 978-972-8930-57-8;

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, A., Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12 – 28.

Apêndice V- Sessão de formação na UCCI

Plano de formação – Sessão Formação “A imobilidade”

Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégia			Avaliação
		Metodologia	Atividades pedagógicas	Recursos	
<p>- Esclarecer sobre intervenções para minimizar ou eliminar os efeitos negativos das alterações da mobilidade</p> <p>- Elucidar sobre as alterações provocadas pela imobilidade</p> <p>- Contribuir para a minimizar os efeitos da sobrecarga física dos profissionais e cuidadores e diminuição das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com estas atividades</p> <p>- Ajudar na toma de decisão dos profissionais de enfermagem nas suas intervenções autónomas e interdependentes sobre técnicas e meios a utilizar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Imobilidade e consequências das alterações na mobilidade 3. Efeitos da sobrecarga física relacionada com a imobilidade 4. Mecânica corporal e ergonomia 5. Intervenções para prevenir a imobilidade 	<p>Método expositivo, interrogativo e ativo (Pré-questionário para identificar dificuldades e conhecimentos da equipa)</p>	<p>Exercício de Grupo: . Posicionamento em manequim vivo mediante princípios expostos</p>	<p>Projetor Portátil Almofadas Marquesas Toalhas Manequim Apresentação em ppt</p>	<p>. Observação direta</p>

Módulo: Mobilidade

Duração: 1h

Público-alvo: Enfermeiros da UCCI e UCSP

Formador: Ana Barreto e Susana Esteves

Objectivo geral: Contribuir para a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação nas intervenções para manter a mobilidade através da aplicação dos princípios de ergonomia.

Questionário aplicado à ECCL para a sessão de formação “A imobilidade”

Objetivo:

- Identificar lacunas de conhecimento sobre a imobilidade
- Identificar intervenções mais frequentes para prevenir a imobilidade
- Identificar dificuldades na implementação das intervenções
- Identificar situações clínicas mais difíceis de gerir

Questões:

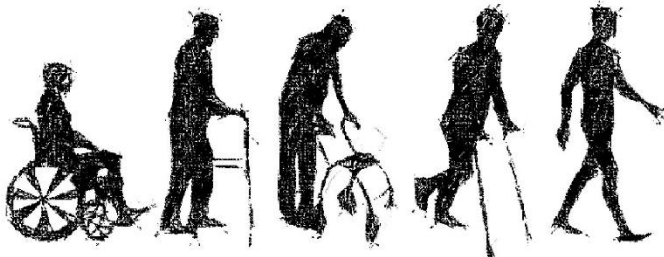
1. Identifique algumas das consequências da imobilidade que mais observa no seu quotidiano;
2. Quais as atividades que conhece para prevenir as consequências da imobilidade;
3. Quais os tipos de posicionamento/mobilizações que conhece;
4. Quais são as suas maiores dificuldades na implementação de atividades como as mobilizações/posicionamentos;
5. Recorda-se de alguma situação clínica difícil de gerir relativamente à implementação das atividades anteriormente referidas (justificar);
6. Sucintamente, pode descrever uma situação prática que tenha implementado as atividades anteriormente referidas.

Obrigada pela sua colaboração,

Ana Barreto

Aluna de especialidade de Enfermagem de Reabilitação - ESEL

A Imobilidade



Discente: Ana Barreto
Docente: Prof. Pinto Magalhães

21 de Novembro de 2017

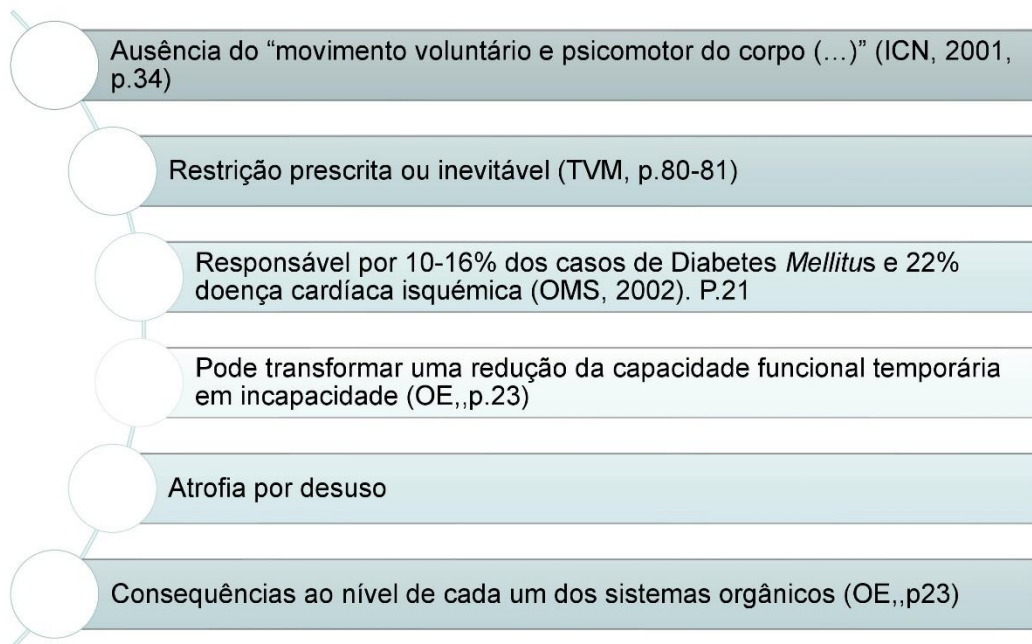
Sumário

1. Objetivos
2. Imobilidade
3. Causas e consequências das alterações na mobilidade
4. Efeitos da sobrecarga física relacionada com a imobilidade
5. Mecânica corporal e ergonomia
6. Intervenções para prevenir a imobilidade

Objetivos

- Conhecer o conceito de imobilidade;
- Enumerar as causas de imobilidade e consequências provocadas pela imobilidade;
- Contribuir para a minimizar os efeitos da sobrecarga física dos profissionais e cuidadores e diminuição das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o cuidar da pessoa com alterações de mobilidade;
- Esclarecer sobre intervenções para minimizar ou eliminar os efeitos negativos das alterações da mobilidade;
- Maximizar capacidade para a tomada de decisão dos profissionais de enfermagem nas suas intervenções autónomas e interdependentes sobre técnicas e meios a utilizar;
- Analisar caso clínico segundo dificuldades identificadas pela equipa.

Imobilidade



Causas da Imobilidade

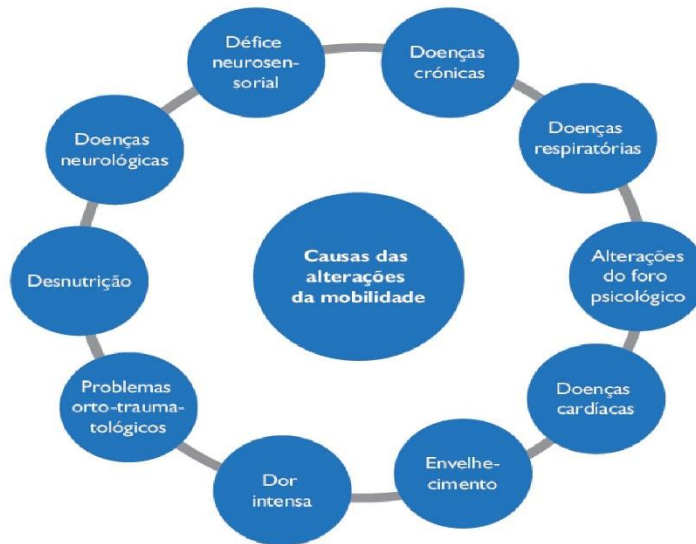


Figura adaptada de OE (2013, p.22)

Consequências da Imobilidade

Respiratório <ul style="list-style-type: none">• Secreções, Atelectasias, Pneumonia	Cardiovasculares <ul style="list-style-type: none">• Hipotensão ortostática, Aumento sobrecarga cardíaca, Formação de trombos	Gastrointestinais <ul style="list-style-type: none">• Anorexia, edema, distensão gástrica, obstipação
Urinárias <ul style="list-style-type: none">• Hematúria, Infecção	Metabólicas <ul style="list-style-type: none">• Hipo ou hipercaliémia, hiponatrémia	Sistema nervoso <ul style="list-style-type: none">• Confusão, alteração do padrão de sono, depressão
Pele e Tegumentos <ul style="list-style-type: none">• Úlceras por pressão	Musculo-Esqueléticas <ul style="list-style-type: none">• Atrofia, anquilose, osteoporose	

(OE, 2013)

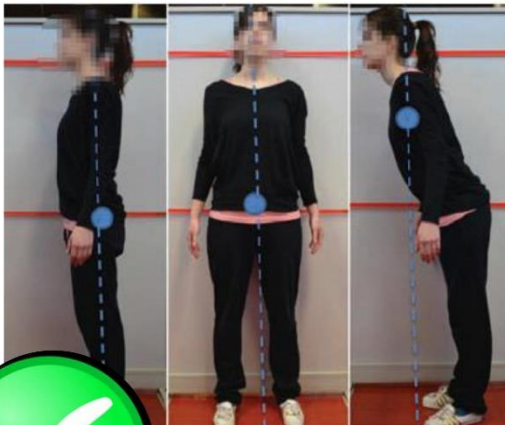
Efeitos da sobrecarga física relacionado com imobilidade

- ❑ Cuidador informal;
- ❑ Cuidador formal:
 - ❑ LMERT (lesões musculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho)

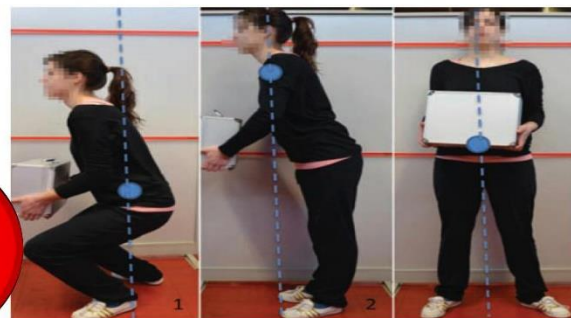
“A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com alterações da mobilidade deve ser executada sem prejudicar a saúde de quem cuida” (OE, 2013, p.13)



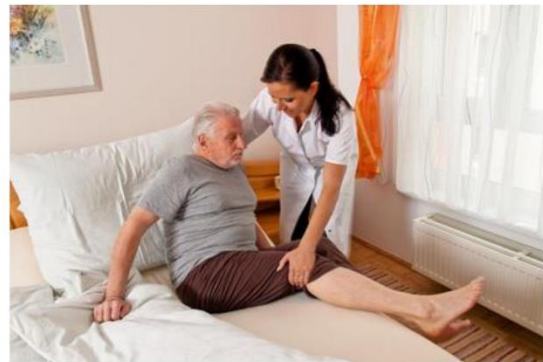
Mecânica corporal e ergonomia



(OE, 2013)



Intervenções para prevenir as consequências da imobilidade



<http://pflegegedienst-wonnegau.net/html/pflegedienst-florsheim-dalshelm.html>



1. Técnicas de Mobilização	<ul style="list-style-type: none">• Passivas• Ativas-assistidas• Ativas livres• Ativas resistidas
2. Posicionamento terapêutico	<ul style="list-style-type: none">• Dorsal ou semi• Sentado
3. Atividades terapêuticas	<ul style="list-style-type: none">• Ponte• Levante• Rolar
4. Exercícios terapêuticos	<ul style="list-style-type: none">• isométricos

(Hoeman (2008); OE (2009); Menoita *et al.* (2012); OE (2013); Marques-Vieira e Sousa (2017))

Posicionamentos Terapêuticos

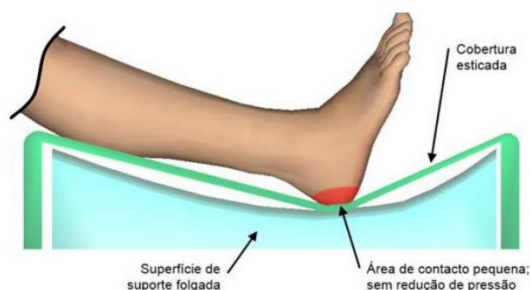
- **Material necessário:**

- Almofadas de textura moldável, adequadas ao posicionamento que se pretende;
- Recomenda-se a existência de almofadas (70x40cm; 55x30cm; 30x20cm), 5 cm de espessura e rolos de diferentes dimensões;
- Superfície de apoio - A seleção de uma superfície de apoio (colchões estáticos, de poliuretano e espuma de alta especificidade ou outros, e dinâmicos de sobreposição com microcânulas).

- **Princípios:**

- Instruir a pessoa e família sobre o procedimento;
- Em qualquer posicionamento, a pessoa deve ficar confortável, o peso corporal distribuído equitativamente, respeitando o alinhamento corporal e reduzindo as tensões articulares e musculares;
- Assegurar 2-3cm de altura entre cama e pessoa (colchão na zona de maior pressão)

(Hoeman (2008); OE (2009); OE (2013); Marques-Vieira e Sousa (2017))



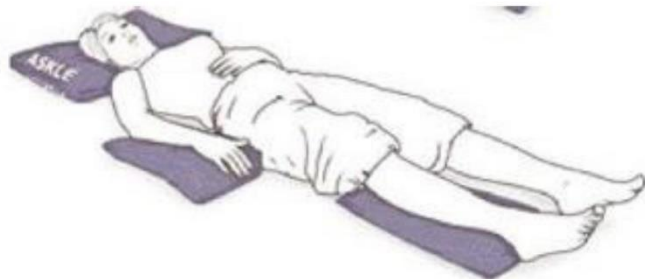
Decúbito Dorsal



Decúbito dorsal

Orientações práticas:

- Elevação da cabeça < 30
- Almofada desde coxofemoral até à tibiotársica, sem provocar pressão no tendão de Aquiles
- Joelho em ligeira flexão (5-10°C) para evitar TVP.
- Calcanhares elevados
- Tibiotársica em posição neutra



(Hoeman (2008); OE (2009); OE (2013); National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014); Marques-Vieira e Sousa (2017))

Decúbito Semi-Dorsal

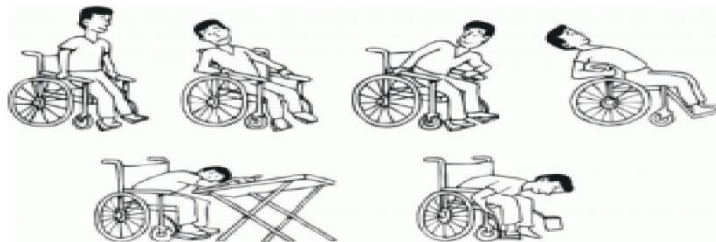


- Almofada ao longo do tronco exceto região sacrococcígea
- Coxofemural e joelho em ligeira flexão do lado do decúbito

OE (2013); National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014); Marques-Vieira e Sousa (2017))

Sentado

- Altura dos pés (evitar elevação dos MI)
- Altura do encosto (se pessoa muito alta)
- Profundidade do assento (Afastar joelhos da cadeira aprx. 2,5cm (fossa poplítea - almofada dorsolumbar)
- Largura do assento (2,5cm livres em cada lado, pressão região trocântérica)
- Ângulo entre assento e encosto (25 – 65°)
- Local de apoio dos MS
 - Usar sempre almofada na cadeira de rodas.

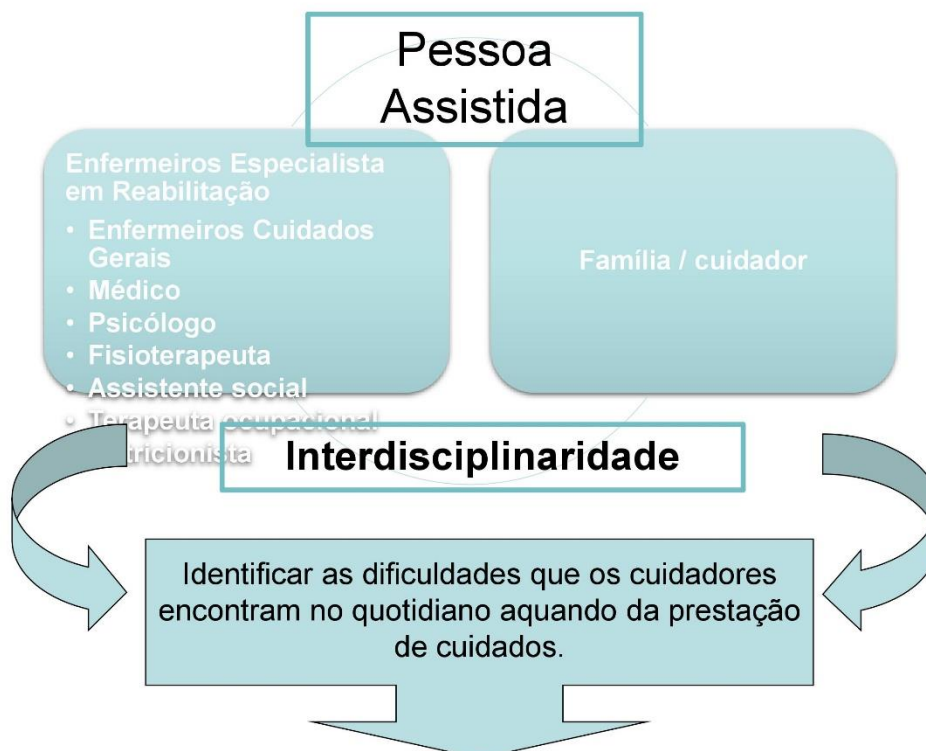


Marques-Vieira e Sousa (2017)

Caso clínico

- Homem de 82 anos, caucasiano, acamado e totalmente dependente para AVD no próprio domicílio. Cuidadora principal a esposa. Tem colchão de pressão alterna e cama articulada.
- AP: **Doença de Parkinson**, anemia ferropénica, fibrilhação auricular, hipotireoidismo, síndrome demencial, obstipação.
- Avaliação: Vígil, desorientado alo e autopsiquicamente. Responde a perguntas simples. **Emagrecido** e desnutrido. Refere dor aguda cíclica intensa à mobilização dos MI e realização de pensos. Apresenta várias **UPP** - calcanhar esq.; antebraço esq.; região perineal esq.; glúteo esquerdo; região sacrococcígea; MID.
- Diminuição força muscular por perda de massa muscular. Hipertonia predominante nos MI. Apresenta coxoartrose à esquerda com diminuição na amplitude articular no movimento de extensão MI, gonartrose bilateral dos joelhos com diminuição na amplitude articular no movimento de extensão.

Medicação habitual:		Valores analíticos:
Sinemet 200/50 (1+0+1+0)	Perindopril 4mg 1/2comp. (1+0+0+0)	HGB 8,9g/dl
Artane 2mg 1/2comp. (0+1+0+0)	Furosemida 40mg (0+1+0+0)	
Clopidrogel (1+0+0+0)	Amiodarona 200mg (1+0+0+0)	
	Paracetamol 1g 8/8h	
	Bisoprolol 5mg (1+0+0+0)	
	Levotiroxina 75mcg (1+0+0+0)	



Apostar na formação aos cuidadores promovendo o autocuidado e aumentando a qualidade de vida da pessoa assistida.

Referências Bibliográficas

- Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ªed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-31-4;
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-78-3;
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-73-4;
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia;
- OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde*. Genève: World Health Organization;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). *CIPE Versão 1.0 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Autor;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. Ordem dos Enfermeiros
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade -posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação;

Apêndice VI - Sessão de formação na URR

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de
Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Plano de Sessão de Formação

Ana Lúcia Barreto nº7371

Lisboa
Janeiro de 2018



1. Designação da sessão:

Cessação tabágica - O papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em contexto hospitalar.

2. Duração da sessão:

45min. (das 14h às 14h45).

3. Data da sessão:

07/02/2018.

4. Local da sessão:

[REDACTED] ória.

5. Identificação do formador:

Enfermeira Ana Lúcia Barreto, no âmbito do Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

6. Identificação do grupo destinatário da formação:

- 4 Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação responsáveis pela execução dos programas de reeducação e readaptação funcional respiratória, em contexto hospitalar;
- 1 Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, responsável pela coordenação da equipa de enfermagem da Unidade de Reabilitação Respiratória.

7. Conteúdos da sessão:

- O tabaco e o tabagismo
- Efeitos na saúde
- DPOC e a Cessação tabágica
- DPOC, Cessação tabágica e o EEER
- Cessação tabágica: IB
- Novidades

8. Metodologia:

A sessão será uma exposição teórico-prática. Será fundamental mobilizar experiências vividas pelos EEER que causem ou tenham causado dificuldades na prática e que se encontrem relacionadas com a temática a abordar.

9. Planeamento das Atividades:

- Apresentação do formando e da temática da sessão – Duração de 2 minutos;
- Exposição teórica dos princípios básicos a ter em consideração ao tabagismo, explicação dos efeitos negativos do hábito tabágico na pessoa e mostrar o papel do EEER no processo de cessação tabágica. Duração de 30 minutos;
- Esclarecimentos de dúvidas, quer relativas à apresentação, quer às decorrentes da prática diária dos EEER. Duração de 5 minutos;
- Avaliação dos objetivos propostos. Duração de 5 minutos;
- Encerramento da sessão. Duração de 3 minutos.

10. Objetivo Geral:

No final da sessão os formandos devem ser capazes de:

- Planear a sua intervenção especializada tendo em consideração a orientação da pessoa fumadora para um programa de cessação tabágica, reconhecendo o tabagismo como um problema de saúde pública.

11. Objetivos específicos:

- Explicar o tabagismo;
- Conhecer o impacto do tabagismo na pessoa;
- Conhecer o processo de cessação tabágica;
- Identificar a intervenção de enfermagem de reabilitação num processo de cessação tabágica em contexto hospitalar;

12. Avaliação dos objetivos propostos:

A avaliação será realizada através da colocação de 2 questões finais à audiência:

- Qual a estratégia que o EEER deve adotar perante um fumador? (respostas possíveis: intervenção breve, aplicação dos 5 “A’s”, intervenção oportunista);

- Quais as medidas que podemos adotar dentro do domínio de intervenção breve em contexto de ambulatório? (respostas possíveis: encaminhamento para consulta de especialidade, entrega de flyers, operacionalização dos primeiros 4 “A’s”);

13. Recursos necessários (materiais e não materiais):

- Computador;
- Videoprojector;
- Tela de projeção;
- PowerPoint;
- Cadeiras;
- Enfermeira orientadora clínica;
- Professor orientador da escola;
- Enfermeiros especialistas em reabilitação.

14. Bibliografia de suporte:

- Antunes, A., Bárbara, C. e Gomes, E. (2013). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde
- Almeida, A. (Eds) (2010). *Medicina Temas Actuais: Pneumologia Clínica* (Vol 3 e 4). Lisboa: AtralCipan;
- Cancer Research UK, 2017. Disponível em <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer/how-smoking-causes-cancer>
- Direção-Geral de Saúde (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Lisboa: DGS
- DGS – Programa-tipo de Cessação Tabágica. Lisboa: Gradiva, Direcção-Geral da Saúde, 2008
- DGS – Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo. Direcção-Geral da saúde, 2012
- Gentry, S., Gentry, B. (2017). Chronic Obstrutive Pulmonary Disease: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 95 (7), 433- 443. Acedido em 8 de Maio de 2017. Disponível em: www.aafp.org/afp
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, management and prevention: a guide for health care*

professionals. Acedido em 20 de Abril de 2017. Disponível em: www.goldcopd.org;

- International Council of Nurses (2009) - Nurses for Tobacco-Free Life. Geneva – Switzerland
- FDA, 2017 – Disponível em <https://www.fda.gov/TobaccoProducts/default.htm>
- Nunes E. & Narigão M. (2013). *Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em números – 2013*. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. ISSN: 2183-0762 disponível em www.dgs.pt;
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências do Enfermeiros Especialista*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2014). Tobacco control progress in Portugal: The need for advocacy and civil society leadership. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 20(6). p. 289-292;
- US Department of Health and Human Services – The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Ga. 2006
- World Health Organization – Framework Convention on Tobacco Control, Geneva: WHO, 2005. Acedido a 24/03/2017. Disponível em http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html
- <https://www.dgs.pt/em-destaque/alteracoes-a-lei-do-tabaco-entram-em-vigor-em-janeiro.aspx>

CessaçãO Tabágica

O papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação

Mestrando: Enf.ª Ana Barreto

Prof. Orientador: Prof. José Magalhães

Lisboa, 2018



Sumário

- O tabaco e o Tabagismo
- Efeitos na Saúde
- DPOC e a CessaçãO tabágica
- DPOC, CessaçãO tabágica e o EEER
- CessaçãO tabágica: IB
- Novidades

Objetivos

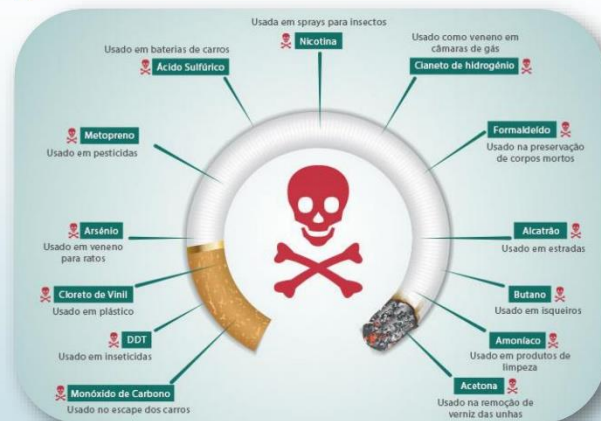
- Conhecer a problemática do tabagismo;
- Conhecer os efeitos do tabagismo na saúde da pessoa;
- Identificar a relação entre a DPOC e a cessação tabágica;
- Conhecer os tipos de intervenção no processo de cessação tabágica, em particular a intervenção breve;
- Explicar a prática especializada em enfermagem de reabilitação no processo de cessação tabágica.

Palavras-chave: Cessação tabágica, tabagismo, enfermagem, reabilitação

O Tabaco e o Tabagismo

- + 4000 substâncias
 - Gases tóxicos
 - Substâncias cancerígenas
 - Metais tóxicos
 - Metais cancerígenos
 - Gases cancerígenos

(FDA, 2017)



<https://www.123doc.com/p/inegates/pages/quimicos-do-tabaco.jpg>

Um em cada dois fumadores morrerá por uma doença associada ao tabaco, perdendo em média dez anos de esperança de vida. US Department of Health and Human Services (2006)

O Tabaco e o Tabagismo



Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco
da Organização Mundial de Saúde

Programa Nacional de Prevenção e Controlo
do Tabagismo 2012-2016

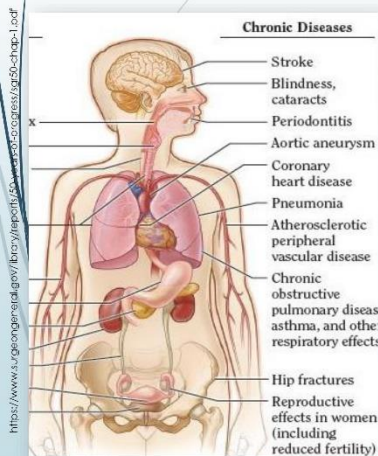


Em 2016, o PNPCT foi
mantido como prioritário
até 2020.

Efeitos na Saúde

A causa ou fator de agravamento das doenças crónicas não transmissíveis mais prevalente.

(US Department of Health and Human Services, 2006; SPP, 2014))



DPOC
90% das mortes
(Nunes, 2006)

Cancro do Pulmão
4 em 5 casos
(Cancer ResearchUK, 2016)

Doenças Cardiovasculares
30% de mortalidade anual
(Nunes, 2006)

Fator causal também de **pneumonia**, doenças respiratórias agudas, de sintomas respiratórios em adultos, designadamente de **tosse, pieira, expetoração e dispneia**, e de uma maior **dificuldade de controlo da asma**.

US Department of Health and Human Services (2006)

Efeitos na Saúde



Efeitos na Saúde

“ Os benefícios que se atingem com a cessação tabágica correspondem a todos os objetivos terapêuticos pretendidos pela *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases* para o controle da DPOC, acrescidos ainda de melhoria funcional respiratória e diminuição do risco de outras patologias relacionadas com o tabaco.” (DGS, 2009, p.1)



DPOC e a Cessação tabágica

“ (...) tratamento mais importante nesta doença.” (DGS, 2009, p.1)

Contrária, efetivamente, a evolução da DPOC. (Antunes, Bárbara e Gomes, (2013)

Melhor relação custo/benefício. (Antunes, Bárbara e Gomes, (2013); DGS, 2009)

É “ (...) necessário que a promoção da cessação tabágica integre todos os serviços que tratam doentes respiratórios e que todos os (...) profissionais de saúde envolvidos tenham um nível adequado de conhecimentos para intervir.” (DGS, 2009, p.2)

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

DPOC, Cessação tabágica e o EEER

Os enfermeiros têm a oportunidade única e a competência para avaliar o tabagismo, aconselhar sobre os efeitos nocivos do mesmo e ajudar na implementação de programas de **cessação tabágica**. (International Council of Nurses, 2009)

Tobacco Free Initiative (TFI)

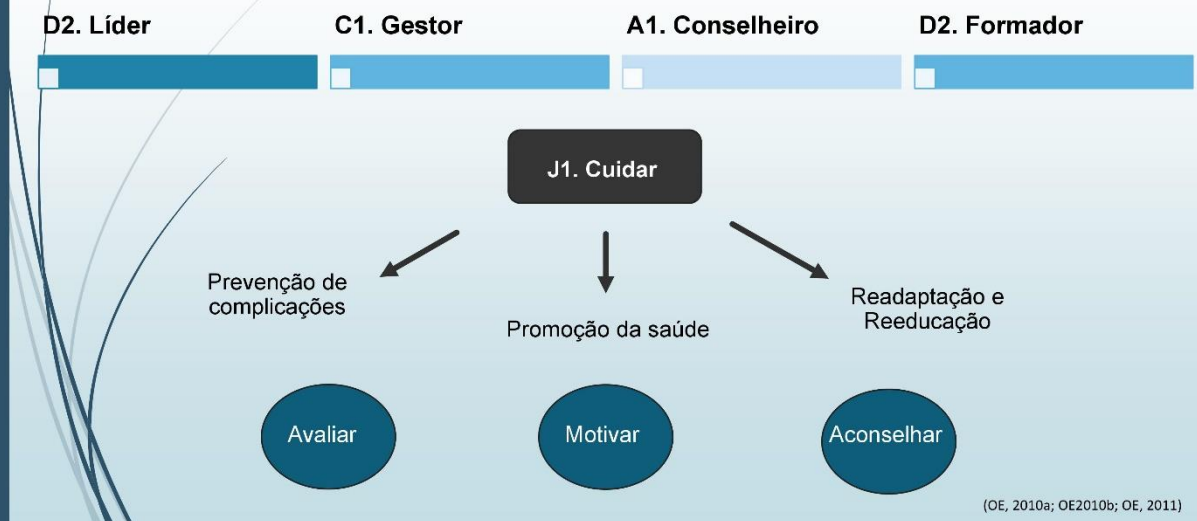
Quitting tobacco

Summary of effectiveness data for smoking cessation interventions (abstinence at least six months) based on all latest Cochrane Review

Intervention (source)	Quit rate (%)	Comparator	Odds ratio (95% confidence interval)	Increased chances of quitting successfully
Nursing intervention		Usual care	1,28(1,18 to 1,38)	28%

(OMS, 2017)

DPOC, Cessação tabágica e o EEER



DPOC, Cessação tabágica e o EEER

- Processo complexo (OMS, 2017);
- Requer uma combinação integrada de múltiplas estratégias (Chan *et al.*, 2007; DGS, 2008);
- A vontade de deixar de fumar constitui sempre o primeiro passo para a cessação (Chan *et al.*, 2007; DGS, 2008).



Cessação tabágica: IB

⇒ **Estratégia nº02 E5 do PNPCT 2017-2020:** Aumentar a realização de intervenções breves de apoio à cessação tabágica e a procura das consultas de apoio intensivo por parte das pessoas fumadoras.

IB - Intervenção Breve

- Intervenção oportunista;
- Aproveita todos os contactos com a pessoa para abordar o tema;
- Tem como objetivo ajudar o fumador a deixar de fumar;
- Inclui a avaliação do consumo de tabaco e da motivação do fumador para parar de fumar;
- Aconselhamento mínimo (2-3 minutos) ou mais aprofundado (<10min).

Abordar – Aconselhar – Avaliar – Ajudar - Acompanhar

(DGS, 2008)

Cessação tabágica: IB

Abordar

- Perguntar e identificar sistematicamente todos os fumadores, registando a informação no processo clínico, nomeadamente:
 - Já fumou? Se deixou de fumar, fê-lo há mais ou menos de um ano? Se fuma, quantos cigarros fuma por dia? Há quantos anos fuma?

Aconselhar

- Aconselhar todos os fumadores a deixar de fumar sendo:
 - Claro “É importante deixar de fumar e eu posso ajudá-lo”;
 - Firme “deixar de fumar é a decisão mais importante que pode tomar pela sua saúde”;
 - Personalizado: Informar sobre riscos e benefícios concretos.

Cessação tabágica: IB

Avaliar a motiva o

- Avaliar se há ou não interesse em parar de fumar no mês ou nos seis meses seguintes. A motiva o   essencial para o processo de cessa o tabágica;
- Se estiver a pessoa estiver interessada em deixar de fumar no próximo mês continua-se para os próximos passos.

Ajudar

- Forneça folhetos informativos para autoajuda.

Acompanhar

- Apoio intensivo (abordagem mais demorada em consulta por profissionais habilitados e treinados) – **consulta HSM**.

Não se deixa apanhar....

Vantagens em não fumar:



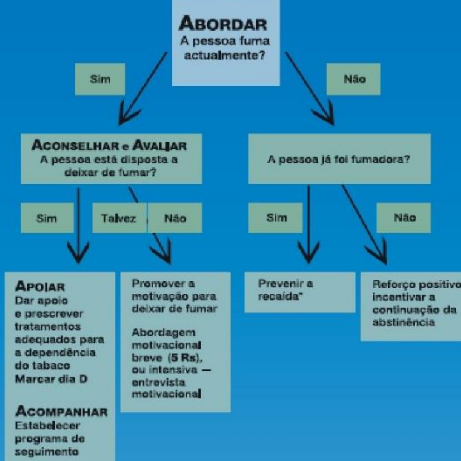
Permaneça livre...
de fumar!

- Viver mais anos e com maior qualidade de vida
- Promover melhor saúde cardiovascular e respiratória
- Ter beb s mais saudáveis
- Desfrutar melhor aromas e sabores
- Ter uma vida sexual e reprodutiva mais saudável
- Melhor imagem pessoal
- Ter mais dinheiro para investir no seu bem-estar
- Ser um modelo para outros...

Grupo Regional de Cessa o Tabágica



ALGORITMO CLÍNICO



*As interven es de preven o da recaida não são necessárias no caso do adulto que não fuma há mais de cinco anos.

Figura 5. Algoritmo de orienta o clínica na interven o de apoio na cessa o tabágica adaptado de Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., et al. Fonte: Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guidelines, Rockville MD, U.S. Department of Health and Human Services, 2000.



Perante níveis de motiva o baixos, o profissional de saúde pode tentar reforçar a motiva o mediante uma **abordagem estruturada em fun o dos chamados «5 Rs»** (Relevância, Riscos, Recompensas, resistências, Repeti o).



OBRIGADA!

Referências bibliográficas

- Antunes, A., Bárbara, C. e Gomes, E. (2013). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde
- Almeida, A. (Eds) (2010). *Medicina Temas Actuais: Pneumologia Clínica* (Vol 3 e 4). Lisboa: AtralCipan;
- Cancer Research UK, 2017. Disponível em <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer/how-smoking-causes-cancer>
- Direcção-Geral de Saúde (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Lisboa: DGS
- DGS – Programa-tipo de Cessação Tabágica. Lisboa: Gradiva, Direcção-Geral da Saúde, 2008
- DGS – Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo. Direcção-Geral da saúde, 2012
- Gentry, S., Gentry, B. (2017). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 95 (7), 433- 443. Acedido em 8 de Maio de 2017. Disponível em: www.aafp.org/afp
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, management and prevention: a guide for health care professionals*. Acedido em 20 de Abril de 2017. Disponível em: www.goldcopd.org.
- International Council of Nurses (2009) - *Nurses for Tobacco-Free Life*. Geneva – Switzerland
- FDA, 2017 – Disponível em <https://www.fda.gov/TobaccoProducts/default.htm>
- Nunes E. & Narigão M. (2013). *Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em números – 2013*. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise. ISSN: 2183-0782 disponível em www.dgs.pt;
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências do Enfermeiros Especialista*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE;
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2014). Tobacco control progress in Portugal: The need for advocacy and civil society leadership. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 20(6), p. 289-292.
- US Department of Health and Human Services – The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Ga. 2006
- World Health Organization – Framework Convention on Tobacco Control, Geneva: WHO, 2005. Acedido a 24/03/2017. Disponível em https://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html
- <https://www.dgs.pt/em-destaque/alteracoes-a-lei-do-tabaco-entram-em-vigor-em-janeiro.aspx>

Apêndice VII – Estudo de caso UCCI

[Avaliação Subjetiva](#)

A Sr.^a Júlia (nome fictício) foi encaminhada pelo Hospital da área de residência para UCCI¹ por dependência na realização das AVD² em grau elevado e por alimentação por SNG³.

Cliente de 93 anos, gênero feminino, caucasiana, reformada de modista com 4^o classe de escolaridade. Encontrava-se dependente de terceiros na realização de ABVD (Atividades básicas de vida diária) em grau ligeiro, previamente ao último internamento. Andava com a ajuda de andarilho.

Antecedentes Pessoais: AVC isquêmico no território da Artéria Cerebral Média esquerda de provável etiologia cardioembólica em Agosto/2017; hipertensão arterial, traqueobronquite aguda nosocomial, doença renal crônica, prótese da anca esquerda, *status* pós-AVC em 2013, fibrilhação auricular com resposta rápida, sem anticoagulação, insuficiência cardíaca, síndrome demencial, hipotireoidismo, osteoartrose da anca direita e dos joelhos.

Medicação habitual: ácido acetilsalicílico 100mg 1id, bisoprolol 2,5mg 1id, enalapril 5mg 1id, pantoprazol 20mg 1id, furosemida 20mg 1id, sinvastatina 10mg 1id, amiodarona 100mg 1id (excepto sábado e domingo), levotiroxina 0,1 1id, celluvisc 1 gta em cada olho.

Texto de apoio:

Em conformidade com Aslani *et al.* (2016), o acidente vascular cerebral é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Após alta hospitalar, 45% dos clientes regressam ao domicílio sendo que em 32% dos casos precisam de apoio de cuidados de saúde.

A artéria cerebral média (MCA) é o local de oclusão cerebral mais comum. Geralmente causam: hemiplegia (paralisia) do lado contralateral, afetando mais a parte inferior do rosto, braço e mão do que o membro inferior. De tal modo que a avaliação deve incidir sobre o rosto e membro superior (Tocco, 2011).

As consequências desta patologia vascular têm um impacto significativo na satisfação de necessidades fundamentais humanas devido às alterações musculares e cognitivas. Com base neste pressuposto e atendendo que as necessidades de autocuidado são problemas importantes entre cliente que sofreram um AVC, o enfermeiro, especificamente o EEER, desempenha um papel fundamental na educação e reabilitação do cliente (Aslani *et al.*, 2016).

Avaliação Inicial

1. Avaliação Familiar, Socioeconómica e Acessibilidade

Cliente viúva desde 2013, tem 2 filhas, uma falecida há 4 anos e um neto, emigrado no Reino Unido. Vive com cuidadora, contratada pela filha, em residência própria, um apartamento T2 com 3 assoalhadas. Prédio com elevador. Atualmente tem cama articulada automática, cadeira de rodas e cadeira de banho fixa.

Filha, após alta hospitalar em Agosto de 2017, fez obras na casa de banho para que Sr.^a Júlia conseguisse fazer a higiene deslocando-se em cadeira de rodas. Visita a mãe diariamente apesar de ser a cuidadora informal contratada a assegurar os cuidados diários à Sr.^a Júlia.

1.1 Papel do Prestador de Cuidados

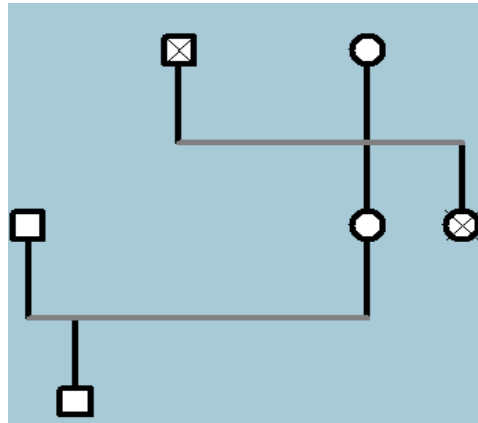
Capacidade para tomar conta

- Consciência para tomar conta: Reduzida Moderada Elevada
- Força de vontade expressa para tomar conta: Reduzida Moderada Elevada
- Nível de participação e envolvimento no processo de ensino-aprendizagem:
 Reduzido Moderado Elevado
- Nível de apoio percecionado dos familiares/amigos: Reduzido Moderado Elevado
- Nível de apoio percecionado da rede formal: Reduzido Moderado Elevado
- Nível de perceção acerca da sua capacidade para tomar conta:
 Reduzido Moderado Elevado
- Nível de conhecimento sobre cuidados necessários para tomar conta:
 Reduzido Moderado Elevado
- Nível de capacidades instrumentais para os cuidados: Reduzido Moderado Elevado
- Qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente:
 Reduzido Moderado Elevado
- Experiência prévia para tomar conta: Sim Não
- Antecedentes de sobrecarga (exaustão/stress) para tomar conta: Sim Não

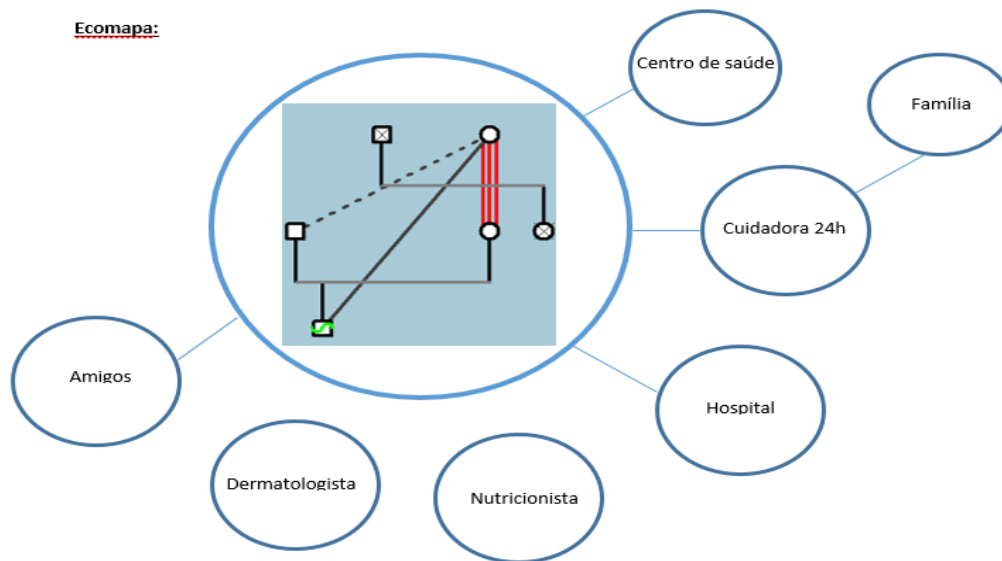
Conhecimento do prestador de cuidados sobre:

- Processo Patológico: Reduzido Moderado Elevado
- Promoção do autocuidado: Reduzido Moderado Elevado
- Prevenção de complicações: Reduzido Moderado Elevado
- Alimentação entérica: Reduzido Moderado Elevado

1.2 Genograma:



Ecomapa:



Legenda		<input type="checkbox"/>	Homem	<input checked="" type="checkbox"/>	Aborto Espontâneo	<input type="checkbox"/>	Separação
		<input type="circle"/>	Mulher	<input checked="" type="circle"/>	Aborto Induzido	<input type="checkbox"/>	Divórcio
		<input type="triangle"/>	Gravidez	<input type="checkbox"/>	Casamento	<input type="checkbox"/>	Conflito
<input type="checkbox"/>	Desavença	<input type="checkbox"/>	Estreito	<input type="checkbox"/>	Adoção para Fora	<input checked="" type="checkbox"/>	Óbito
<input type="checkbox"/>	Distante	<input type="checkbox"/>	Próximo	<input type="checkbox"/>	Gêmeos	<input type="checkbox"/>	Pessoa Índice
<input type="checkbox"/>	Dominante	<input type="checkbox"/>	Adoção para Dentro	<input type="checkbox"/>	Gêmeos Idênticos	<input type="checkbox"/>	Moram Juntos

2. Avaliação da Função Cognitiva

Estado mental

- Consciência: Vígil Sonolência Confusão Obnubilação Estupor Coma
- Orientação: Pessoa Espaço Tempo
- Atenção: Presente Diminuída Aumentada Desatenção Distração

- Memória:

Imediata Presente Ausente

Recente Presente Ausente

Remota Presente Ausente

- Linguagem:

Compreensão da palavra falada: Presente Ausente

Discurso: Normal Disfonia Disartria Afasia

Estado emocional

- Humor: Eufímico Depressão Euforia Irritabilidade Agressividade

Ansiedade Indiferença Mania Inapropriado Labilidade

Escalas utilizadas: **Escala de Glasgow** (14); **Escala Mini-MentalState Examination** (0);
Escala NIHSS (24); **Escala de Neecham** (14).

3. Avaliação da função respiratória

Inspeção dinâmica

- Padrão respiratório: Costal Diafragmático Misto

- Ritmo: Rítmica Cheyne-Stockes Kussmaul Biot

- Simetria: Simétrico Assimétrico

- Amplitude: Superficial Profunda

Limpeza das vias aéreas Eficaz Ineficaz

Capacidade para tossir Presente Ausente

Capacidade para expetorar Presente Ausente

Tolerância ao esforço físico Ligeira Moderada Elevada

Auscultação pulmonar

- Sons Respiratórios: Murmúrio vesicular mantido e simétrico.

- Ruídos Adventícios: roncos à esquerda.

4. Avaliação da Função Sensoriomotora

Locomoção

Independente Dependente Grau: elevado

Meios Auxiliares de Marcha: cadeira de rodas

Mobilidade

- Transferência Independente Dependente Grau: Elevado

- Posicionar-se Independente Dependente Grau: Elevado

Equilíbrio

- Dinâmico Presente Diminuído Ausente

- Estático Presente Diminuído Ausente

- Risco de Queda: Ausente Baixo Alto

Movimentar-se

Medical Research Council Muscle scale

Segmentos	Movimentos	
Cabeça e pescoço	3	
Membro superior	Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	2	3
Cotovelo	1	4
Antebraço	1	4
Punho	1	4
Dedos	1	4
Membro inferior	Direito	Esquerdo
Coxo femural	2	4
Joelho	2	4
Tibio-tarsica	1	4
Dedos	1	4

Tônus Muscular

Escala Modificada de Ashworth:

Cabeça e pescoço: 0	
Membro superior esquerdo: 0	Membro superior direito: 1
Membro inferior esquerdo: 0	Membro inferior direito: 0

Escalas utilizadas: **Escala de Morse (30)** , **Índice Barthel (0)**

5. Avaliação da alimentação e Deglutição

Capacidade para alimentar-se Independente Dependente Grau: Elevado

Capacidade para deglutir Reduzido Moderado Elevado

Estado Nutricional Nutrido Desnutrido Risco

SNG nº sonda: 18 colocada a: 04/10/2017

Escalas utilizadas: **Escala Mini-Nutritional Assessment (4); Gugging Swallowing Screen (2)**

6. Avaliação da Pele e Tegumentos

#Pele e Mucosas Quente Fria Icterícia Rosada Cianose Prurido

Descamativa Hidratada

Alteração da integridade cutânea Presente Ausente

Risco de úlcera por pressão Alto risco Baixo risco

Escalas utilizadas: **Escala de Braden (12)**

7. Avaliação Autocuidado: Higiene pessoal

Independente Dependente Grau: Elevado

Escalas utilizadas: **MIF (<25%)**

8. Avaliação Autocuidado: Vestir-se Independente Dependente Grau: Elevado

Escalas utilizadas: **MIF (<25%)**

9. Avaliação Autocuidado: Eliminação

Intestinal Contínente Incontínente Produtos de apoio: Fralda

Vesical Contínente Incontínente Produtos de apoio: Fralda

Escalas utilizadas: **MIF (<25%)**

10. Avaliação Atividades Instrumentais Independente Dependente Nível: Total

Escala: **Escala *Lawton&Brody* (0)**

11. Sinais Vitais e Biometrias

Sinais vitais	
Tensão arterial	126/71mmHg
Frequência cardíaca	93bpm
Frequência respiratória	18rpm
Temperatura corporal	36,2 °C
Dor (Escala observador)	0
Biometrias	
Peso	80kg
Altura	163cm
IMC	30,11

Plano de Cuidados de Reabilitação

Data	Diagnósticos	Intervenções	Resultados	Avaliação
02/10	Cognição comprometida	<p>. Avaliar o estado mental através da escala <i>Mini Mental State Examination</i>, escala de coma de <i>Glasgow</i>, escala de <i>NEECHAM</i> e escala de <i>NIHSS</i>;</p>	<p>- Promover qualidade de vida;</p>	<p>02/10/2017 – Realizada avaliação inicial. Escala de Coma de Glasgow (14), escala de <i>NEECHAM</i> (14); escala <i>Mini Mental State Examination</i> (0); escala de</p>
02/10	Confusão crónica	<p>. Avaliar o <i>status</i> psicológico através da escala de ansiedade e depressão (HADS);</p> <p>. Consultar Familiares/prestador de cuidados para colher dados sobre as funções cognitivas prévias ao internamento;</p> <p>. Monitorizar estado mental através da escala de coma de Glasgow, <i>mini mental state examination</i>, escala de <i>NEECHAM</i> e escala de <i>NIHSS</i>;</p> <p>. Executar treino cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar mais tempo para obter resposta; - Mostrar atitude calma e positiva; - Elogiar palavras proferidas; - Evitar que doente se isole; - Repetir atividades; - Encorajar a pessoa a falar; - Dar tempo para se expressar e não interromper; - Mostrar objetos significativos (fotografias, televisão); <p>. Executar terapia orientação para a realidade:</p>	<p>- Promover orientação para realidade.</p>	<p>04/10/2017 – Facis pouco expressivo. Humor deprimido. Dirige olhar ao estímulo verbal. Responde a questões simples de resposta sim/não com ligeiro aceno de cabeça. Sem comunicação verbal.</p> <p>06/10/2017 – Mantém estado mental sem alterações. Executada terapia orientação para realidade através de informação dada. Promovido toque. Instruída prestadora de cuidados para execução de estímulo verbal a cada mobilização.</p> <p>Escala de Coma de Glasgow (14), escala de <i>NEECHAM</i> (14); escala <i>Mini Mental State Examination</i> (0); escala de <i>NIHSS</i> (24).</p> <p>11/10 – Mais desperta a estímulos verbais. Facis inexpressivo. Atenção diminuída. Instruída</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Dar informação atualizada; - Pistas ambientais (relógios, calendários, sinalética); . Orientar os familiares para formas alternativas de comunicação (pedir para apontar para objetos/figuras/quadros): - Pedir para evocar o nome de um objeto apontado; . Ensinar estratégias a familiares/prestador de cuidados para facilitar comunicação: <ul style="list-style-type: none"> - Pausas entre as palavras; - Uma pergunta de cada vez e aguardar a resposta por tempo superior ao habitual; - Usar frases simples; - Gesticular à medida que se fala; - Usar pistas visuais; - Enfatizar palavras importantes; - Repetir a frase as vezes que foram precisas; - Usar linguagem normal de adulto (tom de voz normal) . Explicar que a pessoa precisa de estímulos dos cinco sentidos, conhecidos e do seu agrado (perfume, produtos de higiene pessoal, roupa, música, fotografias, sabores); . Promover o toque (dar a mão, pôr creme, massajar, pentear); . Mobilização passiva com estímulo verbal a cada movimento (sentidos); . Promover o <i>status</i> psicológico: <ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento de pessoas significativas nos cuidados. 	<p>prestadora de cuidados sobre estratégias facilitadoras de comunicação.</p> <p>16/10 – Segundo cuidadora apresentou cefaleia intensa há dois dias com deterioração de estado mental. Agora consciente e orientada na pessoa. Desorientada no tempo e espaço. Atenção diminuída. Comunicação verbal comprometida. Facis triste.</p> <p>Escala de Coma de Glasgow (14), escala de <i>NEECHAM</i> (14); escala <i>Mini Mental State Examination</i> (0); escala de NIHSS (24).</p> <p>20/10 – Facis alegre. Sorriso parcial. Responde a questões simples sim/não verbalmente. Executado treino cognitivo com recurso a fotografias de família – sem reação positiva.</p> <p>23/10 - Antecipado horário de vista. Sr.^a Júlia encontra-se a dormir. De acordo com cuidadora não descansou bem durante a noite. Adiada sessão de reabilitação por forma a respeitar repouso de cliente.</p> <p>03/11 – Sonolenta. Distraída. Facis triste. Orientada na pessoa e no espaço mas desorientada no tempo. Realizado ensino a prestadora de cuidados sobre estratégias de comunicação.</p>
--	--	---	--

				<p>Escala de Coma de Glasgow (14), escala de <i>NEECHAM</i> (14); escala <i>Mini Mental State Examination</i> (0); escala de NIHSS (24).</p> <p>07/11 – Vígil. Fácis alegre. Responde a cumprimento com “bom – dia”. Mais atenta. Executada técnica de estimulação visual em frente de espelho. Reconhece reflexo mas demonstra irritabilidade.</p> <p>11/11 - Humor deprimido. Atenção reduzida. Pouco comunicativa não-verbal e verbalmente. Contudo ao receber visita de vizinho fica mais comunicativa e com facis alegre. Incentivada a interação social.</p> <p>14/11 – Facis triste mas comunicativa. Executada terapia orientação para a realidade com relógio e informação dada. Executado estimulação olfativa com creme facial pessoal – reconheceu cheiro e aplicou creme na cara. Expressou verbalmente vontade de colocar perfume.</p> <p>Escala de Coma de Glasgow (14), escala de <i>NEECHAM</i> (14); escala <i>Mini Mental State Examination</i> (0); escala de NIHSS (24).</p> <p>15/11 – Fácis alegre. Atenção moderada. Orientada na pessoa e espaço. Executada treino cognitivo</p>
--	--	--	--	---

				<p>através de programas televisivos conhecidos – verbaliza canal que costumava assistir.</p> <p>17/11 – Facis sereno. Atenção moderada. Executado treino cognitivo com recurso a fotografias de família – aponta para fotografia que quer ver mais perto. Apresenta labilidade emocional ao ver fotografia de filha falecida.</p> <p>20/11 – Facis aborrecido. De acordo com cuidadora porque não pode sair à rua como queria. Enquanto a questiono mostra estar atenta a conversa entre cuidadora e visita. Integro Sr.^a Júlia na conversa – fica com facis alegre.</p> <p>Escala de Coma de Glasgow (14), escala de <i>NEECHAM</i> (14); escala <i>Mini Mental State Examination</i> (0); escala de NIHSS (24).</p> <p>24/11 – Sonolenta mas facilmente despertável ao estímulo verbal. Responde a cumprimento de chegada. Recusa sessão de reabilitação por cansaço.</p>
--	--	--	--	--

29/09	Défice no autocuidado: Alimentar-se comprometido	<p>Avaliar capacidade para alimentar-se através da escala <i>Gugging Swallowing Screen</i> (GUSS);</p> <p>Avaliar status nutricional através de <i>Mini Nutritional Assessment</i>;</p> <p>Avaliar défice de autocuidado: alimentar-se através do Índice de Barthel e da Medida de Independência Funcional;</p> <p>Avaliar capacidade de prestador de cuidados para tomar conta;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir aspiração de alimentos; - Promover a readaptação funcional; - Prevenir desnutrição. 	<p>02/10/2017 – Tem SNG de curta duração. Validada técnica de alimentação por SNG junto de cuidadora. Programada troca de SNG para próxima visita. Explicada a cuidadora pausa alimentar para procedimento. Escala <i>Mini-Nutritional Assessment</i> (4).</p> <p>04/10/2017 – A Prestadora de cuidados refere desejo de remover SNG permanentemente. Atendendo ao estado mental e ao reflexo de tosse voluntária diminuído (escala <i>Gugging Swallowing Screen</i> (GUSS) (2)), procede-se à troca de SNG para de longa duração Ch18. Realizado ensino à prestadora de cuidados sobre a doença de Sr.^a Júlia. Efetuada instrução sobre exercícios faciais e mandibulares para aumento de capacidade de deglutição – higiene oral com espátula almofadada para movimentos dos lábios e língua; pedir para dar beijo. Índice <i>Barthel</i> (0).</p>
29/09	Deglutição comprometida	<p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre o regime dietético;</p> <p>Avaliar compromisso no autocuidado: beber; Identificar hábitos alimentares;</p> <p>Identificar alimentos mais adequados ao estado nutricional;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre regime dietético;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre necessidade dietética;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre nutrição;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação por SNG;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados para estratégias compensatórias (posicionamento,</p>		<p>06/10/2017 – Avaliado regime dietético. Faz 5 refeições/dia por SNG de 200ml (sopa+proteína animal) e 100ml água. Tem suplemento alimentar entérico (Nutrison). Executados exercícios dos grupos musculares faciais, lábios, língua e</p>

		<p>modificação da dieta ou consistência de líquidos);</p> <p>Ensinar o prestador de sobre ingestão de líquidos;</p> <p>Ensinar prestador de cuidados sobre alimentação por SNG;</p> <p>Verificar o grau de compreensão do ensino efetuado;</p> <p>Gerir regime dietético;</p> <p>Colaborar no regime dietético;</p> <p>Gerir dispositivo (SNG);</p> <p>Otimizar dispositivo (SNG);</p> <p>Assistir no posicionamento;</p> <p>Supervisionar o prestador de cuidados na administração de dieta por SNG;</p> <p>Ensinar prestador de cuidados exercícios de grupos musculares específicos (faciais, mandibulares, língua);</p> <p>Incentivar a exercícios faciais e orais.</p>		<p>mandibulares (resposta lentificada – consegue abrir boca 2xseguidas; realiza movimento de dar beijo; não cumpre ordem de exercícios musculares da língua, mandibulares nem faciais).</p> <p>11/10 – Supervisão de administração de alimentação entérica (pequeno-almoço). Realizada instrução sobre alimentação entérica por gavagem. Efetuado ensino sobre exercícios faciais e mandibulares para</p> <p>16/10 – Esclarecidas dúvidas de prestadora de cuidados face a proporções alimentares em cada refeição. Incentivada à administração de líquidos por SNG entre refeições.</p> <p>20/10 – A prestadora de cuidados verbaliza desejo de remover SNG. Escala <i>Gugging Swallowing Screen</i> (GUSS) (2). Explicado mecanismo de deglutição, risco de aspiração de alimentos, consequências de deglutição comprometida, sinais de disfagia. Incentivada prestadora de cuidados a estimular Sr.^a Júlia à realização de exercícios dos grupos musculares dos lábios (protração e retração).</p>
--	--	---	--	--

				<p>15/11 – Sr.^a Julia mais desperta, mais atenta e mais comunicativa. Reflexo de tosse presente. A prestadora de cuidados refere administrar uma proporção de refeição pastosa por via oral desde há 3dias. Realizada avaliação de deglutição com Sr.^a Júlia sentada na cadeira de rodas. Oferecido 3ml de água em colher de café – consegue deglutir sem sinais de disfagia – oferecida 2º colher com 3ml de água – resposta lentificada e apresenta tosse ao deglutir. Realizado ensino a prestadora de cuidados sobre sinais de disfagia e consequências (infecção respiratória). Atendendo que a Sr.^a Júlia apresenta tosse produtiva com início associado à alimentação via oral, recomenda-se que suspenda administração de alimentos e água por via oral até nova avaliação. Prestadora de cuidados compreende e concorda.</p>
29/09	Incapacidade para cuidar da higiene pessoal	<p>Avaliar compromisso no autocuidado: higiene;</p> <p>Avaliar compromisso e capacidade para o autocuidado: higiene através da Medida de Independência Funcional;</p> <p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene;</p>		<p>02/10/2017 – Dependente em grau elevado para o autocuidado: higiene. Tem prestadora de cuidados 24h no domicílio. Dispõe de produtos de higiene pessoal adequados. Cuidadora com capacidade para realização de cuidados de higiene no leito mas com receio de executar cuidados de higiene na casa de banho por risco de queda. Atendendo a nível de</p>

		<p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre o autocuidado: higiene;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre o autocuidado: higiene;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre a ergonomia durante os cuidados de higiene;</p> <p>Ensinar a família/prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene;</p> <p>Verificar o grau de compreensão do ensino efetuado;</p> <p>Esclarecer família/prestador de cuidados sobre as adaptações necessárias a adotar, ajustadas às limitações da atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organização do quarto; - Medidas de segurança (tesouras de pontas redondas, grades da cama); - Iluminação; <p>Incentivar o prestador de cuidados a abordar a pessoa pelo lado lesado;</p> <p>Providenciar um ambiente que promova a privacidade;</p> <p>Ajudar prestador de cuidados nos cuidados de higiene;</p> <p>Supervisionar o prestador de cuidados no autocuidado: higiene;</p>		<p>dependência elevado da Sr.^a Júlia no autocuidado: movimentar-se, recomenda-se que mantenha realização de cuidados de higiene no leito. MIF (<25%).</p> <p>11/10 - Cuidados de higiene em falta à hora da sessão de reabilitação. Segundo cuidadora Sr.^a Júlia tinha acordado há pouco tempo. Programa-se nova sessão para horário compatível com rotina da cliente e cuidadora.</p> <p>16/10 – Sr.^a Júlia apresenta eritema inguinal, infra-axilar e infra-mamário exacerbado. Realizado ensino sobre consequências de humidade na pele e instrução sobre medidas de proteção de integridade cutânea (pele seca e limpa ao nível de pregas cutâneas e zonas de maior humidade; troca de fralda com maior frequência; aplicação de creme hidratante).</p> <p>20/10 - Mantém eritema exacerbado. A prestadora de cuidados integrou recomendações nos cuidados diários. Programa-se para a próxima sessão supervisão dos cuidados de higiene.</p>
--	--	--	--	---

		<p>Promover o autocuidado: - Permitir que a pessoa seja o mais autónoma possível durante a sua higiene;</p> <p>Providenciar produtos de apoio para realização de cuidados de higiene;</p> <p>Avaliar o estado da pele;</p> <p>Vigiar o estado da pele.</p>		<p>23/10 - Antecipado horário de vista. Sr.^a Júlia encontra-se a dormir. De acordo com cuidadora não descansou bem durante a noite. Adiada sessão de reabilitação por forma a respeitar repouso de cliente.</p> <p>03/11 – Realizada supervisão dos cuidados de higiene. Cuidadora executa higiene da Sr.^a Júlia com toalhitas humedecidas. Segundo cuidadora é um produto frequentemente utilizado (toalhitas humedecidas). Realizado ensino e instrução sobre cuidados de higiene utilizando água, sabão de ph neutro e toalha lavável de tecido. Demonstrada aplicação de recomendações em cuidados de higiene à região perineal. Aconselha-se à suspensão de utilização de toalhitas humedecidas.</p> <p>07/11 – Cuidadora integrou recomendações nos cuidados de higiene. Eritema infra-axilar e infra-mamário diminuído. Eritema inguinal sem alterações. Aconselha-se a troca mais frequente e utilização de penso absorvente para aumentar capacidade de absorção da fralda.</p>
--	--	--	--	--

				<p>11/11 – Eritema infra-axilar e infra-mamário cicatrizado após suspensão de utilização de toalhas humedecidas e implementação de cuidados de higiene com água, sabão neutro e toalha lavável. Eritema inguinal diminuído. Trocou marca de fralda – maior capacidade de absorção.</p> <p>16/11 – Eritema inguinal cicatrizado.</p> <p>24/11 – Integridade cutânea mantida. Roupa da cama limpa e seca. Pregas cutâneas protegidas com compressas de tecido-não-tecido.</p>
04/10	Limpeza da via aérea comprometido	<p>Avaliar o <i>status</i> respiratório através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auscultação pulmonar; - Inspeção torácica; <p>Avaliar capacidade para tossir;</p> <p>Avaliar o expetorar;</p> <p>Estimular a tossir;</p> <p>Gerir regime medicamentoso;</p> <p>Incentivar ingestão de líquidos;</p> <p>Vigiar as secreções;</p> <p>Monitorizar o <i>status</i> respiratório;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir complicações; - Facilitar desprendimento, progressão e expulsão de secreções. 	<p>04/10/2017 – Sr.^a Júlia apresenta acessos de tosse produtiva ineficaz. Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido e roncosp à esquerda. Incentivada ingestão de líquidos. Executadas manobras acessórias respiratórias de percussão.</p> <p>06/10/2017 – Mantém acessos de tosse produtiva ineficaz. Deglute secreções mobilizadas. Auscultação pulmonar sem alterações. Incentiva a ingestão de líquidos. Estimulada a tossir. Executadas manobras acessórias respiratória de percussão. Inicia toma de pulmiben xarope.</p>

	<p>Executar manobras acessórias respiratórias (técnicas de percussão e compressão);</p> <p>Instruir o prestador de cuidados de técnicas para limpeza de vias aéreas (tosse assistida, manobras de percussão e compressão)</p> <p>Executar exercícios musculoesqueléticos da cintura escapulo-umeral.</p>		<p>11/10 – Acessos de tosse produtiva menos frequentes. Tosse pouco eficaz. Mobiliza secreções em pequena quantidade que deglute. Farfalheira menos intensa. Incentivada ingestão de líquidos. Estimulada a tossir. Realizado ensino a prestadora de cuidados sobre complicação de estase de secreções e sobre manobras acessórias respiratórias de compressão.</p> <p>Continua toma de pulmiben xarope.</p> <p>16/10 – Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido. Sem roncosp à esquerda. Tosse menos produtiva. Secreções mais fluidas. Mobiliza com maior facilidade secreções que deglute. Executados exercícios musculoesqueléticos de mobilização passiva da articulação escapulo-umeral bilateral.</p> <p>20/10 – Auscultação Pulmonar: sem ruídos adventícios. Tosse pouco produtiva e pouco frequente. Incentivada a ingestão de líquidos. Executadas manobras acessórias respiratórias de compressão ao tossir. Executados exercícios musculoesqueléticos de mobilização passiva da articulação escapulo-umeral bilateral.</p>
--	--	--	---

				<p>23/10 - Antecipado horário de vista. Sr.^a Júlia encontra-se a dormir. De acordo com cuidadora acessos de tosse diminuíram. Não apresenta farfalheira. Realizado ensino a prestadora de cuidados sobre sinais de infeção respiratória. Incentivada a ingestão de líquidos.</p> <p>03/11 – Sem queixas do foro respiratório. Incentivada a ingestão de líquidos.</p> <p>07/11- Sem queixas do foro respiratório. Incentivada a ingestão de líquidos.</p> <p>10/11 - Sem queixas do foro respiratório. Incentivada a ingestão de líquidos</p> <p>14/11 - Sem queixas do foro respiratório. Incentivada a ingestão de líquidos</p> <p>15/11 – Sr.^a Júlia apresenta farfalheira em DD. Tosse produtiva sentada pouco frequente com mobilização de secreções espessas que deglute. Apirética.</p> <p>Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido.</p> <p>Roncos ao nível do lobo superior direito.</p> <p>Executadas manobras acessórias respiratórias de percussão em DLD. Executados exercícios musculoesqueléticos de mobilização passiva da</p>
--	--	--	--	---

				<p>articulação escapulo-umeral bilateral. Incentivada a ingestão de líquidos.</p> <p>17/11 – Mantém queixas respiratórias semelhantes. Realizada sessão igual a anterior.</p> <p>20/11 – Sr.^a Júlia apresenta diminuição de acessos de tosse com mobilização de secreções mais fluidas e em menor quantidade. Incentivada ingestão de líquidos. Promoção de levante diário para cadeira de rodas.</p> <p>24/11 – Sem farfalheira em DD.</p>
29/09	Mobilidade comprometida	Avaliar a capacidade para realizar as atividades instrumentais de vida diária através da escala de Lawton&Brody;	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a mecânica corporal; - Gestão de gastos energéticos; - Prevenção de UPP. 	<p>29/09 – Realizada avaliação inicial através de escala de MRC, Lawton&Brody, Ashworth e MIF. Sr.^a Júlia apresenta hemiplegia do MSD, diminuição da força do MID mas tónus mantido. Força Muscular e tónus muscular sem alterações ao nível do hemicorpo esquerdo. Tem MSD imobilizado porque a prestadora de cuidados receia que exteriorize a SNG. Recomenda-se substituição de imobilização de punho por luva de imobilização de mão. Realizado ensino sobre alternância de decúbitos. De acordo com cuidadora faz levante diário para cadeira de rodas.</p>
06/10	Capacidade para transferir-se comprometida	Avaliar a capacidade para mobilizar-se através do índice de Barthel;		
06/10	Equilíbrio diminuído	<p>Avaliar força muscular através da escala <i>Medical Research Council Muscle scale</i>;</p> <p>Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico através de escala de Berg;</p> <p>Avaliar capacidade para andar através da Medida de Independência Funcional;</p> <p>Avaliar tónus muscular através da escala de tonicidade de Ashworth;</p>		

		<p>Avaliar a capacidade do prestador de cuidados para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar; - Posicionar; - Transferir; <p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre princípios de ergonomia e técnicas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posicionamentos; - Transferência para cadeira de rodas/cama e cama/cadeira de rodas; - Técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistidas; - Técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; <p>Instruir o prestador de cuidados sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistidas (membros superior esquerdo e membros inferiores) e passivos (mão direita e membro superior direito) ; - técnica de transferência para cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/cama; - técnica de utilização de cadeira de rodas; <p>Executar técnica de exercício muscular e articular ativas-assistidas do hemicorpo esquerdo;</p> <p>Executar técnica de exercício muscular e articular passivo do hemicorpo direito;</p> <p>Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade do hemicorpo direito;</p>		<p>04/10/2017 – Sr.^a Júlia encontra-se posicionada em decúbito dorsal sem almofadas nos membros inferiores. Cabeceira elevada com ângulo > 30°C e < 90°C. Membro superior direito mantém hipotonia com discreto aumento de tónus na mobilização passiva. Membro superior esquerdo imobilizado com imobilização de punho. Membro inferior esquerdo com diminuição de amplitude articular coxofemoral no movimento de abdução, flexão e na amplitude do joelho no movimento de flexão. Membro inferior direito com diminuição da força muscular. Executados exercícios musculoesqueléticos passivos no MSD + MID e ativo-assistidos no MSE + MIE. Realizada instrução a prestadora de cuidados sobre princípios de posicionamento no leito e alternância de decúbitos para prevenção de UPP. Substituição imobilização de punho do membro superior esquerdo por luva de imobilização da mão (meia com enchimento face anterior com compressas), assegurando posição funcional do 1º dedo.</p>
--	--	---	--	--

		<p>Incentivar o prestador de cuidados a executar exercícios musculartoarticular;</p> <p>Assegurar que as capacidades físicas da pessoa são respeitadas durante as atividades;</p> <p>Treinar técnica de equilíbrio corporal estático sentado;</p> <p>Treinar com prestador de cuidados a técnica de transferência;</p> <p>Treinar atividades de vida diária através da: - Terapia pelo uso do espelho;</p> <p>Assistir no auto cuidado transferência;</p> <p>Prevenir queda;</p> <p>Posicionar;</p> <p>Gerir regime de exercício;</p> <p>Gerir segurança do doente;</p> <p>Monitorizar força muscular através de escala <i>Medical Research Council Muscle scale</i>;</p> <p>Monitorizar o equilíbrio corporal através da escala de Berg e escala de Morse;</p> <p>Monitorizar tonicidade muscular através da escala de tonicidade de Ashworth;</p>	<p>06/10/2017 – Avaliada capacidade para autocuidado: transferir-se. Escala MRC: MSD 1; MSE 2; MID 2; MIE 2.</p> <p>Posicionada na cama sentada com apoio dos pés. Apresenta equilíbrio dinâmico ausente e estático diminuído com predomínio à direita. Realizado treino de equilíbrio estático antes da transferência para cadeira de rodas. Ao transferir para cadeira de rodas não faz carga nos membros inferiores. Inclinação anterior do tronco. Não assume posição ereta. Sentada na cadeira de rodas apresenta desequilíbrio do tronco, compensado com almofada do lado direito.</p> <p>11/10 - Executados exercícios musculartoarticulares passivos no MSD + MID e ativo-assistidos no MSE + MIE. Esboça contração muscular ligeira a nível do MID. Executada transferência para cadeira de rodas após treino de equilíbrio estático sentada na cama.</p> <p>16/10 – Cuidadora refere sobrecarga física, nomeadamente lombalgias. Realizado ensino sobre princípios de ergonomia nos cuidados diários. Promovido autocuidado: movimentar-se para facilitar prestação de cuidados. Executados</p>
--	--	---	---

		<p>Monitorizar capacidade funcional através de Medida de Independência Funcional;</p> <p>Avaliar risco de UPP através da escala de Braden;</p> <p>Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir UPP;</p> <p>Instruir a aliviar zona de pressão através de dispositivo;</p> <p>Instruir sobre dispositivos de prevenção de UPP;</p> <p>Treinar com prestador de cuidados a posicionar com alívio de zonas de pressão;</p> <p>Vigiar sinais de UPP;</p>	<p>exercícios musculoesqueléticos passivos no MSD + MID e ativo-assistidos no MSE + MIE.</p> <p>20/10 – Encontra-se sentada no sofá da sala. Apresenta desequilíbrio do tronco à direita. Realizada correção da postura. Apresenta aumento da força muscular ao nível do MSD (MRC: 1-).</p> <p>23/10 - Antecipado horário de vista. Sr.^a Júlia encontra-se a dormir. De acordo com cuidadora não descansou bem durante a noite. Adiada sessão de reabilitação por forma a respeitar repouso de cliente.</p> <p>03/11 – Realizada sessão de treino de AVD (pentear-se) com uso do espelho. Executa atividade com MSD (dominante) (MRC: 1). Apresenta redução de desequilíbrio do tronco à direita.</p> <p>07/11 – Realizada instrução de posicionamento no leito em padrão anti-espástico por aumento de tónus ao nível do MSD (escala de <i>Ashworth</i>: MSD 1+).</p> <p>14/11 - Cuidadora refere aumento de dificuldade na transferência da Sr.^a Júlia para a cadeira de rodas. Supervisionado início de técnica transferência. Verifica-se que coloca cadeira de rodas distante de cama o que aumenta dificuldade de transferência. Realizada instrução de técnica correta. Mostra</p>
--	--	---	--

				<p>dificuldade na execução da técnica por medo de queda - pega em peso na cliente. Realizado treino de transferência com exemplificação da técnica na transferência da Enf.^a Orientadora e posterior aplicação dos princípios em mim.</p> <p>15/11 – Cuidadora refere maior facilidade na transferência. Sr.^a Júlia já estava sentada na cadeira de rodas. Executados exercícios musculoesqueléticos ativo assistidos dos membros superiores (MRC: MSD 2 ; MSE 3).</p> <p>17/11 – Sr.^a Júlia encontra-se sentada na cadeira de rodas. Executados exercícios musculoesqueléticos ativo assistidos dos membros superiores (MRC: MSD 2 ; MSE 3).</p> <p>20/11 – Sr.^a Júlia estava deitada em DLD. Segundo cuidadora já tinha feito levante. Realizado ensino sobre atividades terapêuticas para promover autocuidado: posicionar-se (ponte e rolar). Executados exercícios musculoesqueléticos ativo assistidos dos membros inferiores (MRC: MID 2 ; MIE 3).</p>
--	--	--	--	---

				24/11 - Segundo cuidadora consegue realizar ponte com ligeira elevação da bacia o que facilita troca de fralda.
02/10	Incontinência intestinal	<p>Avaliar incontinência intestinal;</p> <p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre incontinência intestinal;</p> <p>Executar inspeção abdominal e pélvica</p> <p>Ensinar sobre complicações (Maceração);</p> <p>Ensinar sobre dieta ajustada a aporte nutricional ao idoso;</p> <p>Gerir dieta;</p> <p>Otimizar fralda;</p> <p>Planear dieta;</p> <p>Proteger pele através de dispositivos;</p> <p>Vigiar eliminação intestinal.</p>	Prevenir complicações (desnutrição, obstipação, diarreia)	<p>02/10/2017 – Incontinência intestinal. Evacua diariamente fezes pastosas. Abdómen volumoso mas mole e indolor à palpação. Sem hemorroidas.</p> <p>04/10/2017 – Realizado ensino a cuidadora sobre consequências de incontinência intestinal.</p> <p>03/11 – Teve dejeções líquidas nos últimos 2 dias. Apresenta maceração perianal. Realizado ensino sobre cuidados à pele e alimentação pobre em fibras. Planeada dieta com prestadora de cuidados.</p> <p>07/11 – Padrão intestinal regularizado. Fezes mais consistentes. Maceração cicatrizada.</p>
02/10	Incontinência urinária	<p>Avaliar incontinência urinária;</p> <p>Executar inspeção abdominal, pélvica e ginecológica;</p> <p>Planear ingestão de líquidos;</p> <p>Vigiar eliminação urinária;</p> <p>Ensinar sobre complicações;</p> <p>Incentivar a cuidados de higiene após cada micção;</p>	Prevenir complicações (infecção urinária, eritema)	<p>02/10/2017 – Incontinência urinária. Utiliza fralda.</p> <p>04/10/2017 – Realizado ensino a prestadora de cuidados sobre sinais de infecção urinária. Incentivada à ingestão de líquidos.</p> <p>06/10/2017 – Apresenta eritema perineal. Efetuada instrução sobre cuidados perineais com realização de cuidados de higiene locais.</p>

		Vigiar sinais de eritema da fralda; Ensinar sobre produtos de apoio; Vigiar de características de urina.		11/10 – Eritema melhorado. Cuidadora tem realizado higiene local aquando a troca da fralda. 16/10 – Eritema cicatrizado.
04/10	Papel do Prestador de Cuidados	Avaliar condições habitacionais antes dos cuidados no domicílio; Avaliar capacidade para tomar conta; Avaliar conhecimento do prestador de cuidados; Avaliar as expectativas face aos cuidados no domicílio; Avaliar o processo familiar; Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no autocuidado: vestir; Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar através da SNG;	Promover a reintegração familiar; Promover a adesão ao regime terapêutico; Promover o autocuidado.	04/10/2017 - Realizada entrevista à filha e prestadora de cuidados: Objetivo principal que a Sr. ^a Júlia volte a comer pela boca e que consiga sair de casa. 06/10/2017 – Avaliadas capacidades e conhecimentos de prestadora de cuidados para tomar conta e sobre doença de Sr. ^a Júlia. Explicitados na avaliação inicial. 11/10 – Realizada avaliação da sobrecarga do cuidador pela aplicação da escala de <i>Zarit</i> (56) – sobrecarga moderada a severa. 16/10 – Cuidadora principal implementou indicações dadas. 20/10 – Partilha de desejo de remover permanentemente SNG. Consciencializada de limitações físicas de Sr. ^a Júlia. Negociados objetivos realistas – nutrição e hidratação. 03/11 – Cuidadora principal mais confiante na nossa intervenção. Coloca dúvidas quanto ao posicionamento e transferência. Partilha conosco
	Adesão ao regime terapêutico	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas; Avaliar adesão ao regime terapêutico; Estabelecer relação de ajuda; Estabelecer prioridades no regime de reabilitação; Ensinar sobre complicações de não adesão ao regime terapêutico;		

		<p>Incentivar adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Negociar adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Promover a adesão ao regime de reabilitação;</p> <p>Reforçar a consecução de objetivos;</p> <p>Promover consciencialização;</p> <p>Ensinar família/prestador de cuidados sobre a doença;</p> <p>Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão.</p>		<p>informações sobre o dia da Sr.^a Júlia – quando sai de casa, visitas de recebeu.</p> <p>07/11 – Realizado ensino sobre estratégias para facilitar cuidados: ergonomia, colocação de resguardo na cama, promoção de autocuidado para maior participação da Sr.^a Júlia nos cuidados.</p> <p>10/11 – Exploradas dificuldades de cuidadora para aliviar sobrecarga. Familiar de cuidadora principal tem vindo ajudá-la na prestação de cuidados.</p> <p>14/11 – Cuidadora decide melhores horários para transferir Sr.^a Júlia para cadeira de rodas mediante cansaço e humor da cliente.</p> <p>15/11 – Cuidadora posiciona Sr.^a Júlia em decúbito dorsal com colocação de roupa da cama por cima de pés da cama favorecendo a integridade cutânea. Dado reforço positivo.</p>
04/10	Baixo Risco de queda	<p>Avaliar risco de queda através da escala de Morse;</p> <p>Executar medidas de segurança;</p> <p>Gerir ambiente;</p> <p>Gerir medidas de segurança;</p> <p>Manter grades da cama;</p> <p>Otimizar ambiente físico;</p>	Prevenir queda.	<p>02/10/2017 - Escala de Morse (30). Tem cama articulada com grades sem rodas.</p> <p>04/10/2017 – Recomenda-se colocação de rodas nos pés da cama. A cuidadora tem grades da cama levantadas quando Sr.^a Júlia está deitada. Sr.^a Júlia encontra-se tranquila.</p>

		<p>Providenciar dispositivos; Vigiar comportamento; Vigiar medidas de segurança; Incentivar prestador de cuidados para implementação de medidas de segurança.</p>		<p>06/10/2017 – Colocadas rodas na cama por funcionários. Tem outra cama ao lado de cama articulada. Recomenda-se remoção de cama para melhor circulação com cadeira de rodas.</p> <p>11/10 – Mantém segunda cama no quarto. Difícil realizar exercícios musculoesqueléticos do lado esquerdo.</p> <p>16/10 – Realizada tentativa de transferência para cadeira de rodas pelo lado menos afetado com muita dificuldade devido a segunda cama.</p> <p>23/10 - Antecipado horário de vista. Sr.^a Júlia encontra-se a dormir. De acordo com cuidadora não descansou bem durante a noite. Adiada sessão de reabilitação por forma a respeitar repouso de cliente.</p> <p>03/11 – Cuidadora retirou segunda cama do quarto. Já é possível abordar melhor a cliente de ambos os lados para posicionar e realização de exercícios musculoesqueléticos.</p> <p>07/11 – Tinha estores fechados à hora da visita. Iluminação reduzida. Realizo ensino sobre importância de iluminação para evitar acidentes.</p>
--	--	---	--	---

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

Tocco, S. (2016). Identify the vessel, recognize the stroke. *American Nurse Today*. 6 (9), 1-4. Acedido em 04/10/2017. Disponível em: <https://www.americannursetoday.com/identify-the-vessel-recognize-the-stroke/>;

Aslani, Z.; Alimohammadi, N.; Taleghani, F.; Khorasani, P. (2016). Nurses' Empowerment in self-Care Education to Stroke Patients: na Action Research Study. *IJCBNM*. 4 (4), 329-338. Acedido em 04/10/2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045977/>.

Apêndice VIII – Estudo de caso URR

Mulher de 62 anos, caucasiana, casada, sem filhos, reformada de doméstica. Foi submetida no dia 08/12/2017 a substituição da válvula aórtica biológica. Desenvolveu quadro de infecção respiratória e conseqüentemente atelectasia do lobo inferior direito com hipoxemia no pós-operatório. Encontra-se internada no serviço de CCT. Foi referenciada para a Unidade de Reeducação Funcional Respiratória para reexpansão pulmonar e mobilização de secreções, devido ao diagnóstico de atelectasia do lobo inferior direito e infecção respiratória, respectivamente.

Antecedentes Pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia, estenose aórtica, não fumadora.

Medicação habitual: ácido acetilsalicílico 100mg 1id (suspenso 5 dias antes da cirurgia), bisoprolol 2,5mg 1id, sinvastatina 20mg 1id.

A estenose valvular compreende-se pelo aperto do lúmen da válvula cardíaca, impedindo desta forma que o sangue a atravesse. Mais concretamente, a estenose da válvula aórtica, válvula semilunar, ocorre quando os seus folhetos ficam menos flexíveis, causando constrangimento à passagem do fluxo sanguíneo do ventrículo esquerdo para a aorta durante a sístole ventricular. Os primeiros sintomas da estenose aórtica incluem fadiga e dispneia. A substituição da válvula é uma cirurgia cardíaca que consiste na substituição da válvula aórtica por uma prótese que pode ser mecânica ou biológica. Geralmente, é realizada através de esternotomia mediana com *bypass* cardiopulmonar e anestesia geral no bloco operatório. Muito embora, nos doentes recusados para a cirurgia convencional, haja a alternativa de implantar uma válvula artificial em posição aórtica, através da técnica TAVI (transcatheter aortic valve implantation). Este procedimento consiste na introdução de um cateter por uma artéria na virilha (artéria femoral) ou mais raramente por uma punção abaixo da subclávia (artéria subclávia), habitualmente sem necessidade de abrir o peito ou de recorrer a circulação extracorporeal. O recurso à circulação extracorporeal pode implicar sequelas fisiológicas potencialmente incapacitantes resultantes de efeitos secundários como o colapso alveolar e diminuição de surfactante. Não obstante, também a anestesia e a própria incisão cirúrgica têm repercussões sobre a mecânica ventilatória, associadas à hipersecreção brônquica, disfunção ciliar, limitação da tosse e dos movimentos respiratórios e à imobilização do doente (Phipps, Sands e Marek, 2003).

As atelectasias pulmonares surgem como consequência do colapso dos alvéolos, por ausência ou deficiente ventilação destes, o que provoca a impossibilidade de realizar trocas gasosas (Rodrigues, Varanda e Costa, 2011, ¶ 14; Hernández, Vergara Fernández e Pérez, 2008). Esta manifestação patológica conseqüente de diferentes distúrbios pulmonares ou

extrapulmonares, como a anestesia, persiste no pós-operatório e pode afetar a recuperação do paciente (Hernández, Vergara Fernández e Pérez, 2008; Duggan e Kavanagh, 2005).

À observação do doente, atelectasias mais extensas podem produzir um desvio da traqueia para o lado afetado, como também diminuição da expansão torácica desse lado. Na auscultação pulmonar pode-se verificar diminuição ou ausência do murmúrio vesicular na zona atelectasiada. As manifestações clínicas, resultantes da atelectasia, dependem também do compromisso respiratório subjacente, da extensão da atelectasia e da rapidez com que se instalou (Rodrigues, Varanda e Costa, 2011, ¶ 23).

Quer isto dizer que os cuidados no pós-operatório devem primar pela promoção de trocas gasosas e limpeza de vias aéreas de modo a evitar complicações pneumológicas como a descrita no parágrafo anterior.

A RFR desempenha um papel preponderante na prevenção de complicações e recuperação das pessoas submetidas a cirurgia, uma vez que se foca na correção de assinergias e de deficiências ventilatórias localizadas e globais e na prevenção e tratamento de complicações broncopulmonares, pleurais, circulatórias e posturais do pós-operatório. Consequentemente consegue melhorar a distribuição e a ventilação alveolar e obter uma recuperação funcional o mais célere e mais completa, tanto quanto possível (Heitor *et al.*, 1988).

Avaliação Inicial

1. Avaliação da	- Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Vígil <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Obnubilação <input type="checkbox"/>
<u>Função Cognitiva</u>	Estupor <input type="checkbox"/> Coma
	- Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Pessoa <input checked="" type="checkbox"/> Espaço <input checked="" type="checkbox"/> Tempo
<u># Estado mental</u>	- Atenção: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Desatenção <input type="checkbox"/> Distração
	- Memória:
	Imediata <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
	Recente <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
	Remota <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
	- Linguagem:
	Compreensão da palavra falada: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
	Discurso: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Afasia

**2. Avaliação da
função
respiratória**

Inspeção dinâmica

- Ventilação: Espontânea Ventilação Mecânica Invasiva
 Ventilação Não invasiva

- Padrão respiratório: Costal Diafragmático Misto
 Tiragem intercostal/ supra-clavicular Adejo nasal

- Ritmo: Regular Irregular

- Simetria: Simétrico Assimétrico

- Amplitude: Superficial Profunda Normal Diminuída
 Aumentada

- Traqueia Normal Desvio da linha média

Limpeza das vias aéreas Eficaz Ineficaz

Capacidade para tossir Presente Ausente

Capacidade para expetorar Presente Ausente

Tosse Crónica Aguda Quintosa Acessual Rouca
Noturna

Matinal Emetizante Outra

Expetoração

- Quantidade Escassa Reduzida Moderada Abundante

- Consistência Fluída Viscosa Espessa

- Conteúdo

Serosa Mucosa Purulenta Mucopurulenta Hemoptoica

Hemoptise

- Odor Inodora Fétido

Dispneia Presente Ausente

Escala de *Borg*:

0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toracalgia Presente Ausente

- Localização: esternotomia

- Intensidade: 5 (escala numérica)

- Fatores precipitantes: movimento

- Fatores de alívio: repouso e analgesia

Fadiga Presente Ausente

Escala de *Borg*:

0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auscultação pulmonar

- Sons Respiratórios:

Mantidos Diminuídos Ausentes

<u>Região</u>	<u>Direito</u>	<u>Esquerdo</u>
<u>1/3 Superior</u>	<u>M</u>	<u>M</u>
<u>1/3 Médio</u>	<u>D</u>	<u>D</u>
<u>1/3 Inferior</u>	<u>D</u>	<u>D</u>

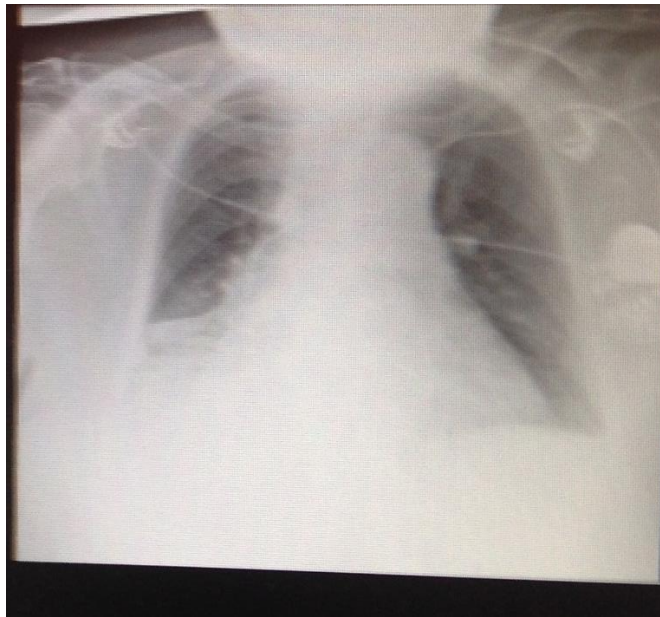
- Ruídos Adventícios: Sim Não

(**R**oncos, **S**ibilos, **F**ervores, **C**repitações, **A**tritos **P**leurais)

<u>Região</u>	<u>Direito</u>	<u>Esquerdo</u>
<u>1/3 Superior</u>	-----	-----
<u>1/3 Médio</u>	-----	-----
<u>1/3 Inferior</u>	-----	<u>F</u>

Exames Complementares de diagnóstico:

Raio X



Gasimetria Arterial -----

Espirometria -----

Análises clínicas -----

Dispositivos técnicos: Flutter Espirómetro de Incentivo
 Cough assist Accapela

<p>4. Avaliação da Função Sensoriomotora</p>	<p># Locomoção <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente Grau: ligeiro Índice <i>Barthel</i>: 60 <input type="checkbox"/> Meios Auxiliares de Marcha</p> <p># Mobilidade - Transferência <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente Grau: ligeiro Índice <i>Barthel</i>: 60 - Posicionar-se <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Grau:</p> <p># Equilíbrio - Dinâmico <input checked="" type="checkbox"/> Presente Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente - Estático <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente - Risco de Queda: <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Alto Escala de Morse: 35</p> <p># Movimentar-se Medical Research Council Muscle scale</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Segmentos</th> <th colspan="2">Movimentos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cabeça e pescoço</td> <td colspan="2">5</td> </tr> <tr> <td>Membro superior</td> <td>Direito</td> <td>Esquerdo</td> </tr> <tr> <td>Escapulo-umeral</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Cotovelo</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Antebraço</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Punho</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dedos</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Membro inferior</td> <td>Direito</td> <td>Esquerdo</td> </tr> <tr> <td>Coxo femoral</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Joelho</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tibio-tarsica</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dedos</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p># Tônus Muscular Escala Modificada de Ashworth:</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cabeça e pescoço: 0</td> </tr> <tr> <td>Membro superior esquerdo: 0</td> <td>Membro superior direito: 0</td> </tr> <tr> <td>Membro inferior esquerdo: 0</td> <td>Membro inferior direito: 0</td> </tr> </table>	Segmentos	Movimentos		Cabeça e pescoço	5		Membro superior	Direito	Esquerdo	Escapulo-umeral	5	5	Cotovelo	5	5	Antebraço	5	5	Punho	5	5	Dedos	5	5	Membro inferior	Direito	Esquerdo	Coxo femoral	5	5	Joelho	5	5	Tibio-tarsica	5	5	Dedos	5	5	Cabeça e pescoço: 0		Membro superior esquerdo: 0	Membro superior direito: 0	Membro inferior esquerdo: 0	Membro inferior direito: 0
Segmentos	Movimentos																																													
Cabeça e pescoço	5																																													
Membro superior	Direito	Esquerdo																																												
Escapulo-umeral	5	5																																												
Cotovelo	5	5																																												
Antebraço	5	5																																												
Punho	5	5																																												
Dedos	5	5																																												
Membro inferior	Direito	Esquerdo																																												
Coxo femoral	5	5																																												
Joelho	5	5																																												
Tibio-tarsica	5	5																																												
Dedos	5	5																																												
Cabeça e pescoço: 0																																														
Membro superior esquerdo: 0	Membro superior direito: 0																																													
Membro inferior esquerdo: 0	Membro inferior direito: 0																																													
<p>6. Avaliação da Pele Tegumentos</p>	<p>#Pele e Mucosas <input checked="" type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Icterícia <input checked="" type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Descamativa <input type="checkbox"/> Hidratada</p> <p># Alteração da integridade cutânea <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente</p> <p># Risco de úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Alto risco <input checked="" type="checkbox"/> Baixo risco</p>																																													

	Escala de Braden (18)	
10. Avaliação <u>Atividades</u> <u>Instrumentais</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Nível: Escala <i>Lawton&Brody</i> (8)	
11. Sinais Vitais e <u>Biometrias</u>	Sinais vitais	
	Tensão arterial	143/ 79 mmHg
	Frequência cardíaca	100 bpm
	Frequência respiratória	22 rpm
	Temperatura corporal	36,2 °C
	Dor (Escala observador)	2
	Biometrias	
	Peso	68 kg
	Altura	155 cm
	IMC	28 kg/m ²

Data	Diagnósticos	Intervenções	Resultados
	Ventilação espontânea, comprometida	<p>» Avaliar história clínica completa e sistemática;</p> <p>» Avaliar:</p> <p><u>Estado de consciência;</u></p> <p><u>Sinais vitais;</u></p> <p><u>Capacidade funcional respiratória:</u></p> <p># Inspeção do tórax</p> <ul style="list-style-type: none"> - estática; - dinâmica; - cianose; - hipocratismo digital; <p><u>Principais sintomas respiratórios:</u></p> <p># Tosse;</p> <p># Expetoração;</p> <p># Dispneia;</p> <p># Toracalgia</p> <p>» <u>Auscultar pulmões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sons respiratórios; - ruídos adventícios; <p>» Analisar exames complementares de diagnóstico disponíveis, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> . radiografia tórax 	<p>. Correção de assínergias e de deficiências ventilatórias localizadas e globais;</p> <p>. Melhorar a distribuição e a ventilação alveolar e obter uma recuperação funcional o mais célere e mais completa, tanto quanto possível.</p>

		<p>» Executar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios com os lábios semi-cerrados;- Técnicas de correção postural e exercícios de mobilização osteoarticular com treino dos músculos envolvidos (alongamentos e aquecimento dos membros superiores);- Técnicas redução da tensão psíquica e muscular (posição de descanso e relaxamento);- Exercícios de reeducação respiratória abdomino-diafragmática:<ul style="list-style-type: none">. global e porção posterior sem resistência;- Exercícios de reeducação respiratória costal:<ul style="list-style-type: none">. global com flexão até 90° da articulação escapulo umeral sem bastão;. seletiva bilateral com abdução do membro superior até 90°;- Exercícios com espirómetro de incentivo; <p>» Instruir:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tosse dirigida com contenção da sutura;- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;- Exercícios de reeducação abdomino-diafragmática global;- Espirómetro de incentivo;	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> » Gerir realização de exercícios consoante tolerância da doente; » Monitorizar sinais vitais (SpO2, FR, FC) durante a realização de exercícios de RFR; » Avaliar resultados de intervenções executadas (Escala de <i>Borg</i>, oximetria, radiografia tórax); » Documentar intervenções em folha própria; » Dar feedback de sessão realizada a enfermeiro responsável pela doente; 	
	<p>Limpeza da via aérea comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Avaliar história clínica completa e sistemática; » Avaliar: <p><u>Principais sintomas respiratórios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> # Tosse; # Expetoração; # Dispneia; # Toracalgia; <p>» <u>Auscultar pulmões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sons respiratórios; - ruídos adventícios; <p>» Analisar exames complementares de diagnóstico disponíveis, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> . radiografia tórax 	<ul style="list-style-type: none"> . Prevenção e tratamento de complicações broncopulmonares, pleurais, circulatórias e posturais do pós-operatório. . Melhorar a distribuição e a ventilação alveolar e obter uma recuperação funcional o mais célere e mais completa, tanto quanto possível.

		<p>» Executar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Técnicas para assegurar a permeabilidade das vias aéreas:<ul style="list-style-type: none">. Tosse dirigida modificada (HUFF);. Tosse assistida;. ciclo ativo de técnicas respiratórias (ênfase na inspiração);. manobras acessórias de vibração;. aspiração de secreções; <p>» Gerir realização de exercícios consoante tolerância da doente;</p> <p>» Incentivar a ingestão de líquidos;</p> <p><u>» Instruir:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Tosse dirigida modificada (HUFF);- Ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR); <p>» Monitorizar sinais vitais (SpO2, FR, FC) durante a realização de exercícios de RFR;</p> <p><u>» Ensinar:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Sinais de alerta de infeção respiratória;- Fatores de risco;- Benefícios de imunização anual contra o vírus da gripe e pneumonia; <p>» Incentivar doente a:</p>	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - realizar exercícios reeducação respiratória abdomino-diafragmática várias vezes dia em séries de 5 (tolerância do doente); - realizar exercícios deCATR 2-3xdia; » Avaliar resultados de intervenções executadas (oximetria, radiografia tórax); » Dar feedback de sessão realizada a enfermeiro responsável pela doente; » Planear com enfermeiro responsável técnicas a realizar (tosse dirigida modificada, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, CATR); » Documentar intervenções em folha própria. 	
	<p>Mobilidade comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Avaliar a capacidade para realizar as atividades instrumentais de vida diária através da escala de Lawton&Brody; » Avaliar a capacidade para mobilizar-se através do índice de Barthel; » Avaliar força muscular através da escala <i>Medical Research Council Muscle scale</i>; » Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico através de escala de Berg; » Avaliar capacidade para andar através da Medida de Independência Funcional; » Avaliar tônus muscular através da escala de tonicidade de Ashworth; 	<p>- Promover a mecânica corporal;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> » Promover levante precoce; » Incentivar <ul style="list-style-type: none"> - deambulação pelo serviço; - mudança de posição ao longo do dia; » Assegurar que as capacidades físicas da pessoa são respeitadas durante as atividades; » Prevenir queda; » Gerir regime de exercício; » Gerir segurança do doente. 	
	Dor	<ul style="list-style-type: none"> » Avaliar fatores precipitantes e fatores de alívio; » Gerir regime medicamentoso analgésico para a realização de exercícios; » Instruir sobre tosse com contenção da sutura operatória; » Avaliar resultados de intervenções executadas (Escala numérica); » Documentar intervenções em folha própria 	- Promover o controlo da dor

<u>Avaliação de resultados</u>					
	<u>11 Dez.</u>	<u>12 Dez.</u>	<u>13 Dez.</u>	<u>14 Dez.</u>	<u>15 Dez.</u>
Estado de consciência	Consciente, orientada e colaborante	Consciente, orientada e colaborante	Consciente, orientada e colaborante	Consciente, orientada e colaborante	Consciente, orientada e colaborante
Sinais vitais	FC 98 bpm FR 24 rpm Temperatura 36,8°C TA 137/81mmHg Dor 2 SpO2 94% (início) SpO2 96% (fim)	FC 100 bpm FR 19 rpm Temperatura 36,9°C TA 143/79mmHg Dor 2 SpO2 94% (início) SpO2 96% (fim)	FC 97 bpm FR 21 rpm Temperatura 36,1°C TA 141/76mmHg Dor 2 SpO2 94% (início) SpO2 97% (fim)	FC 94 bpm FR 22 rpm Temperatura 36°C TA 138/77mmHg Dor 2 SpO2 93% (início) SpO2 96% (fim)	FC 101 bpm FR 22 rpm Temperatura 36,6°C TA 137/81mmHg Dor 2 SpO2 95% (início) SpO2 96% (fim)
Oxigenoterapia	6L/m por máscara facial	6L/m por máscara facial	4L/m por máscara facial	Sem aporte de O2	Sem aporte de O2
Padrão respiratório	Ventilação espontânea Simetria torácica Respiração Torácica Rítmica Amplitude Diminuída	Ventilação espontânea Simetria torácica Respiração Torácica Rítmica Amplitude Diminuída	Ventilação espontânea Simetria torácica Respiração Torácica Rítmica Amplitude Diminuída	Ventilação espontânea Simetria torácica Respiração Torácica Rítmica Amplitude Diminuída	Ventilação espontânea Simetria torácica Respiração Torácica Rítmica Amplitude Diminuída

Auscultaç ão Pulmonar	- Sons Respiratórios:	- Sons Respiratórios:	- Sons Respiratórios:	- Sons Respiratórios:	- Sons Respiratórios:							
	<u>M</u> antidos <u>D</u> iminuídos <u>A</u> usentes	<u>M</u> antidos <u>D</u> iminuídos <u>A</u> usentes	<u>M</u> antidos <u>D</u> iminuídos <u>A</u> usentes	<u>M</u> antidos <u>D</u> iminuídos <u>A</u> usentes	<u>M</u> antidos <u>D</u> iminuídos <u>A</u> usentes	<u>M</u> antidos <u>D</u> iminuídos <u>A</u> usentes						
	<u>Regi</u> <u>ão</u>	<u>Dire</u> <u>ito</u>	<u>Esque</u> <u>rdo</u>	<u>Regi</u> <u>ão</u>	<u>Dire</u> <u>ito</u>	<u>Esque</u> <u>rdo</u>	<u>Regi</u> <u>ão</u>	<u>Dire</u> <u>ito</u>	<u>Esque</u> <u>rdo</u>	<u>Regi</u> <u>ão</u>	<u>Dire</u> <u>ito</u>	<u>Esque</u> <u>rdo</u>
	1/3 <u>Supe</u> <u>rior</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 <u>Supe</u> <u>rior</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 <u>Supe</u> <u>rior</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 <u>Supe</u> <u>rior</u>	<u>M</u>	<u>M</u>
	1/3 <u>Médi</u> <u>o</u>	<u>D</u>	<u>D</u>	1/3 <u>Médi</u> <u>o</u>	<u>D</u>	<u>D</u>	1/3 <u>Médi</u> <u>o</u>	<u>D</u>	<u>D</u>	1/3 <u>Médi</u> <u>o</u>	<u>D</u>	<u>D</u>
	1/3 <u>Inferi</u> <u>or</u>	<u>D</u>	<u>D</u>	1/3 <u>Inferi</u> <u>or</u>	<u>D</u>	<u>D</u>	1/3 <u>Inferi</u> <u>or</u>	<u>D</u>	<u>D</u>	1/3 <u>Inferi</u> <u>or</u>	<u>D</u>	<u>D</u>
	- Ruídos Adventícios: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	- Ruídos Adventícios: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	- Ruídos Adventícios: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	- Ruídos Adventícios: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	- Ruídos Adventícios: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	- Ruídos Adventícios: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						
	(<u>R</u> oncos, <u>S</u> ibilos, <u>F</u> ervores, <u>C</u> repitações, <u>A</u> tritos <u>P</u> leurais)	(<u>R</u> oncos, <u>S</u> ibilos, <u>F</u> ervores, <u>C</u> repitações, <u>A</u> tritos <u>P</u> leurais)	(<u>R</u> oncos, <u>S</u> ibilos, <u>F</u> ervores, <u>C</u> repitações, <u>A</u> tritos <u>P</u> leurais)	(<u>R</u> oncos, <u>S</u> ibilos, <u>F</u> ervores, <u>C</u> repitações, <u>A</u> tritos <u>P</u> leurais)	(<u>R</u> oncos, <u>S</u> ibilos, <u>F</u> ervores, <u>C</u> repitações, <u>A</u> tritos <u>P</u> leurais)	(<u>R</u> oncos, <u>S</u> ibilos, <u>F</u> ervores, <u>C</u> repitações, <u>A</u> tritos <u>P</u> leurais)						
	<u>Regi</u> <u>ão</u>	<u>Dire</u> <u>ito</u>	<u>Esque</u> <u>rdo</u>	<u>Regi</u> <u>ão</u>	<u>Dire</u> <u>ito</u>	<u>Esque</u> <u>rdo</u>	<u>Regi</u> <u>ão</u>	<u>Dire</u> <u>ito</u>	<u>Esque</u> <u>rdo</u>	<u>Regi</u> <u>ão</u>	<u>Dire</u> <u>ito</u>	<u>Esque</u> <u>rdo</u>

	<u>1/3</u> <u>Superior</u>	-----	-----	<u>1/3</u> <u>Superior</u>	-----	-----	<u>1/3</u> <u>Superior</u>	-----	-----	<u>1/3</u> <u>Superior</u>	-----	-----	<u>1/3</u> <u>Superior</u>	-----	-----
	<u>1/3</u> <u>Médio</u>	-----	-----	<u>1/3</u> <u>Médio</u>	-----	-----	<u>1/3</u> <u>Médio</u>	-----	-----	<u>1/3</u> <u>Médio</u>	-----	-----	<u>1/3</u> <u>Médio</u>	-----	-----
	<u>1/3</u> <u>Inferior</u>	-----	F	<u>1/3</u> <u>Inferior</u>	-----	F	<u>1/3</u> <u>Inferior</u>	-----	F	<u>1/3</u> <u>Inferior</u>	-----	F	<u>1/3</u> <u>Inferior</u>	-----	F
Tosse	Dirigida e Assistida Eficaz			Dirigida e Assistida Eficaz			Dirigida e Assistida Eficaz			Dirigida e Assistida Eficaz			Dirigida e Assistida Eficaz		
Expetora ção	Pequena quantidade Espessa Mucopurulenta			Pequena quantidade Espessa Mucopurulenta			Pequena quantidade Espessa Mucopurulenta			Pequena quantidade Espessa Mucopurulenta			Pequena quantidade Espessa Mucopurulenta		
Mobilidade	Sentada			Sentada			Sentada			Deambulou pelo serviço			Deambulou pelo serviço		
Observações	Internamento			Internamento			Internamento			Internamento			Internamento		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Duggan, M.; Kavanagh, B. (2005). Pulmonary Atelectasis: a pathogenic perioperative entity. *Anesthesiology*. 102 (4). p.838-854. Disponível em: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1942011#67854391>;

Heitor, C., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (1988). *Reeducação funcional respiratória* (3ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim;

Hernández, C.; Vergara, R.; Fernández, C.; Pérez, C. (2008). Atelectasia. Bronquiectasias. Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neumología. Asociación Española de Pediatría. p. 9-24. Disponível em: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/1_4.pdf ;

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (6ª ed.) (Vol. 2). Lisboa: Lusociência;

Rodrigues, C.; Varanda, E.; Costa, A. (2011). Atelectasia – Estudos de caso intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação. Disponível em: <http://www.nursing.pt/atelectasia-estudos-de-caso-intervencao-do-enfermeiro-especialista-de-reabilitacao/>;

Apêndice IX – Estudo de caso DPOC

AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DPOC

➔ **História Atual:**

Homem de 76 anos, caucasiano, reformado, casado.

Recorreu ao centro hospitalar há aproximadamente 2 semanas devido a um agravamento de queixas de dispneia a médios esforços e tosse produtiva. Foi-lhe diagnosticada uma infeção respiratória resultante de estase de secreções em bolha de enfisema pulmonar à direita (ápice). Iniciou antibioterapia (azitromicina 500mg 6 dias) seguida de avaliação em unidade de reabilitação respiratória.

Na consulta de reabilitação respiratória teve a prescrição de 5 sessões de reabilitação respiratória para drenagem de secreções e posteriormente 10 sessões com o objetivo de corrigir defeitos ventilatórios e reeducação no esforço. Já cumpriu programa de reabilitação respiratória há 1 ano.

➔ **História Progressa:** DPOC, SAOS (seguido em consulta de ventiloterapia do centro hospitalar), DRGE, HTA. Ex-fumador há 40 anos (50UMA). Fez vacina de gripe (2017) e antipneumocócica há 2 anos. Nega alergias medicamentosas e alimentares.

➔ **História Familiar:** sem antecedentes familiares relevantes.

➔ **História social e ocupacional:** exposição ocupacional a amianto.

➔ **Medicação Habitual:** spiriva respimat 2,5mcg (2+0+0+0); symbicort turbohaler 160mcg/4,5mcg (1+0+1+0); ventilan 100mcg/dose MDI (SOS); omeprazol 20mg (1+0+0+0); valsartan 80mg (1+0+0+0); ácido acetilsalicílico 100 mg (0+1+0+0); CPAP noturno.

Texto de apoio

Calcula-se que a DPOC atinga 14,2% da população com mais de 40 anos, mas é na faixa etária acima dos 70 anos que ganha maior expressão, chegando aos 47,2%. Atualmente, ocupa um lugar de destaque a nível nacional por ter sido, em 2014, a 2º causa de internamento por doença respiratória, em 2013, ter sido responsável por 2,5% do total de óbitos e se estimar que, em 2030, seja a 3º causa de morte em todo o mundo (ONDR, 2016).

A DPOC é definida pela *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2017) como uma enfermidade representada por sintomas respiratórios persistentes, e por uma limitação/obstrução do fluxo de ar tanto das vias aéreas como de outras estruturas pulmonares, causada pela exposição a partículas ou gases nocivos. A alteração das pequenas vias aéreas (bronquite) e destruição do parênquima pulmonar (enfisema) são considerados como parte integrante da doença tendo no entanto, diferentes contribuições para a progressão individual da doença.

A doença pode ser assintomática ou ter sintomas pouco significativos para a pessoa numa fase inicial (Cordeiro e Menoita, 2012). Todavia pode apresentar um rápido declínio da

função respiratória, em fases mais avançadas da doença, sendo frequente sintomas respiratórios como a tosse, a broncorreia e a dispneia, e graves limitações funcionais motoras que prejudicam o estado de saúde e diminuem a qualidade de vida da pessoa com DPOC (Janson *et al.*, 2013). Esta patologia não afeta exclusivamente os pulmões, sendo portanto uma doença sistémica mais complexa, com efeitos extrapulmonares importantes (perda ponderal, disfunção muscular periférica – sarcopenia - e doenças cardiovasculares), que contribuem para a limitação na realização das AVD e diminuem a tolerância ao esforço físico, geralmente agravados pela continuada exposição ao fumo do tabaco mas igualmente por uma componente progressiva independente associada ao envelhecimento em ambos os géneros (Cordeiro e Menoita, 2012; Carreiro, Santos e Rodrigues, 2013; GOLD, 2017).

Prevenir é o principal tratamento da DPOC muito embora não sendo possível a sua prevenção, está globalmente preconizado que um dos pilares do tratamento da doença seja a RR (Canteiro e Heitor, 2003; Almeida, 2010; Gentry e Gentry, 2017). O tratamento tem como objetivos: aliviar os sintomas, diminuir a frequência de exacerbações, melhorar a qualidade de vida e a aptidão para realizar as AVD, prevenindo a progressão da doença (Barnett, 2006; Vestbo *et al.*, 2013). Mais concretamente, a RR quando direcionada ao tratamento da pessoa com DPOC apresenta como principais objetivos: “ensino das posições de descanso e relaxamento nas crises de dispneia para diminuir a sobrecarga muscular e a ansiedade e facilitar o controlo da respiração; ensino dos métodos de limpeza das vias aéreas para evitar a retenção de secreções e a obstrução brônquica; controlo da respiração com aquisição dum ritmo mais apropriado e eficaz, diminuindo o trabalho respiratório; correcção das assinergias e defeitos ventilatórios através de exercícios de reeducação respiratória localizados e globais, predominantemente de tipo abdomino-diafragmáticos e costal interior; prevenção e correcção dos defeitos posturais e das deformações torácicas; reeducação no esforço” (Heitor *et al.*, 1988, p. 89).

À semelhança do que acontece com outras doenças crónicas, a pessoa com DPOC pode exigir tratamentos a longo prazo, o que pode suscitar preocupações face à adesão aos tratamentos prescritos, farmacológicos e não-farmacológicos (Spencer e Hanania, 2013).

AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DPOC (continuação)

➤ Avaliação Familiar, Socioeconómica e Acessibilidade

Agregado familiar: Vive com a esposa.

Dependentes a cargo: Não. Tem 2 filhas maiores de idade.

Condições habitacionais: Habitação própria (apartamento de 3 assoalhadas no 2º andar com elevador)

Nível de escolaridade: 4º ano.

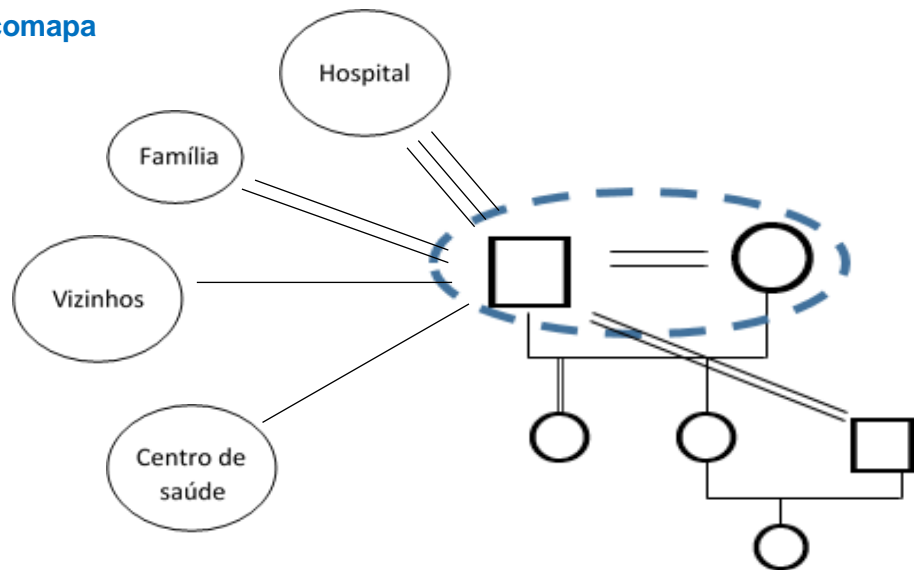
Profissão: Pintor de automóveis (reformado).

Rendimento mensal líquido do agregado familiar: entre 750 euros e 1000 euros.

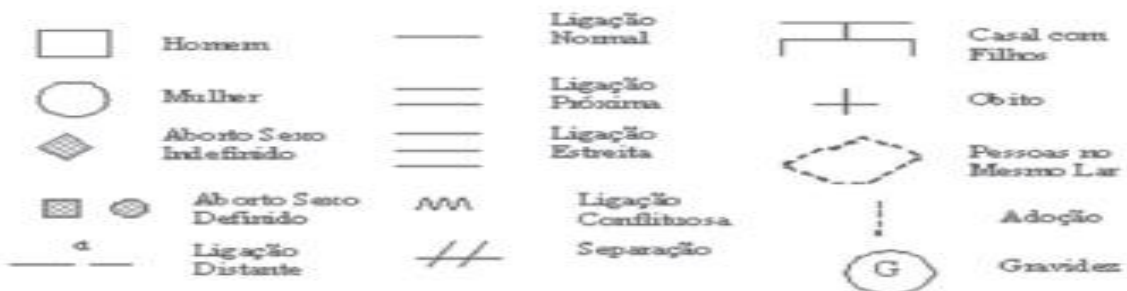
Transporte para centro hospitalar: Transportes públicos. Tem veículo próprio.

➔ **Avaliação do Papel do Prestador de Cuidados** Não se aplica

➔ **Genograma e Ecomapa**



Legenda:



Processo Corporal:

1. Avaliação da Função Cognitiva	<p>- Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Vígil <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Obnubilação <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma</p> <p>- Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Pessoa <input checked="" type="checkbox"/> Espaço <input checked="" type="checkbox"/> Tempo</p> <p>- Atenção: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Desatenção <input type="checkbox"/> Distração</p> <p>- Memória:</p> <p>Imediata <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Recente <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Remota <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p>
---	---

	<p># mini mental test: 26 pontos (sem demência)</p> <p>- Linguagem:</p> <p>Compreensão da palavra falada: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Discurso: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Afasia</p> <p>- Audição: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>- Visão: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>- Estado de Humor: <input checked="" type="checkbox"/> Eutímio <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Irritável <input type="checkbox"/> Lábil <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Agressivo</p> <p>Escala de ansiedade e depressão (HADS): 6 pontos (sem ansiedade ou depressão)</p>
<p><u>2. Avaliação da função respiratória</u></p>	<p><u># Inspeção dinâmica</u></p> <p>- Ventilação: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica Invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação Não invasiva</p> <p>- Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Tiragem intercostal/ supra-clavicular <input type="checkbox"/> Adejo nasal</p> <p>- Ritmo: <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular</p> <p>- Simetria: <input checked="" type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico</p> <p>- Amplitude: <input checked="" type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada</p> <p>- Traqueia <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Desvio da linha média</p> <p><u># Limpeza das vias aéreas</u> <input checked="" type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz</p> <p><u># Capacidade para tossir</u> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p><u># Capacidade para expetorar</u> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p><u># Tosse</u> <input checked="" type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Quintosa <input type="checkbox"/> Acessual <input type="checkbox"/> Rouca <input type="checkbox"/> Noturna <input checked="" type="checkbox"/> Matinal <input type="checkbox"/> Emetizante <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><u># Expetoração</u></p> <p>- Quantidade <input type="checkbox"/> Escassa <input type="checkbox"/> Reduzida <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Abundante</p> <p>- Consistência <input type="checkbox"/> Fluída <input type="checkbox"/> Viscosa <input checked="" type="checkbox"/> Espessa</p> <p>- Conteúdo</p> <p><input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Purulenta <input checked="" type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Hemoptoica</p> <p><input type="checkbox"/> Hemoptise</p> <p>- Odor <input checked="" type="checkbox"/> Inodora <input type="checkbox"/> Fétido</p>

Dispneia Ausente Presente

De esforço Ortopneia Paroxística noturna Platipneia

Trepopneia

Escala de *Borg* modificada:

0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Escala MRCDQ:

0 1 2 3 4

Toracalgia Presente Ausente

Fadiga Presente Ausente

Escala de *Borg*:

0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auscultação pulmonar

- Sons Respiratórios:

Mantidos Diminuídos Ausentes

<u>Região</u>	<u>Direito</u>	<u>Esquerdo</u>
<u>1/3 Superior</u>	<u>M</u>	<u>M</u>
<u>1/3 Médio</u>	<u>M</u>	<u>M</u>
<u>1/3 Inferior</u>	<u>D</u>	<u>D</u>

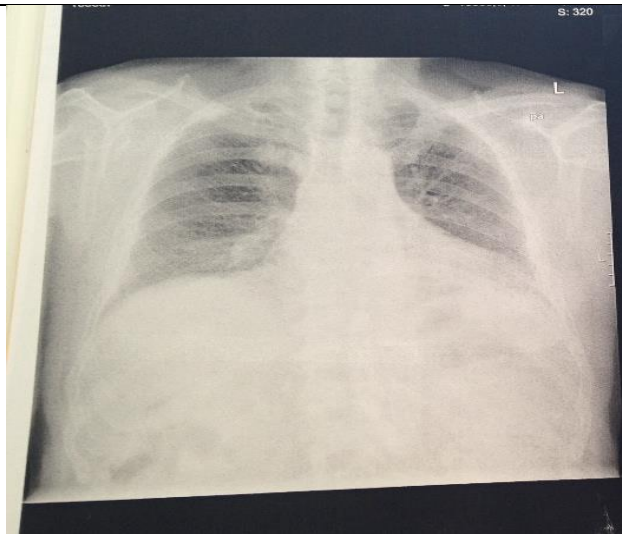
- Ruídos Adventícios: Sim Não

(Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)

<u>Região</u>	<u>Direito</u>	<u>Esquerdo</u>
<u>1/3 Superior</u>	-----	-----
<u>1/3 Médio</u>	-----	-----
<u>1/3 Inferior</u>	<u>R</u>	-----

Exames Complementares de diagnóstico:

- Raio-X



- Espirometria

FVC 2.73

FEV¹ 1.45

FEV¹ / FVC 53.10

FEF 25 34

FEF 50 16

FEF 75 18

- Prova de Marcha 6min. ≥ 350m

- Gasometria Arterial

pH 7.409

PaCO₂ 44.5

PaO₂ 62.1

HCO₃ 27.5

Dispositivos técnicos: Flutter Espirómetro de Incentivo

Cough assist Accapela Threshold IMT

**4. Avaliação da
Função
Sensoriomotora**

Locomoção

- Independente Dependente Grau: ligeiro Índice *Barthel*: 60
 Meios Auxiliares de Marcha

Mobilidade

- Transferência Independente Dependente Grau:
- Posicionar-se Independente Dependente Grau:

Equilíbrio

- Dinâmico Presente Diminuído Ausente
- Estático Presente Diminuído Ausente
- Risco de Queda: Ausente Baixo Alto

Escala de Morse: 35

Movimentar-se

Medical Research Council Muscle scale

Segmentos	Movimentos	
Cabeça e pescoço	5	
Membro superior	Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	5	5
Cotovelo	5	5
Antebraço	5	5
Punho	5	5
Dedos	5	5
Membro inferior	Direito	Esquerdo
Coxo femural	5	5
Joelho	5	5
Tibio-tarsica	5	5
Dedos	5	5

Tônus Muscular

Escala Modificada de *Ashworth*:

Cabeça e pescoço: 0	
Membro superior esquerdo: 0	Membro superior direito: 0
Membro inferior esquerdo: 0	Membro inferior direito: 0

<p>5. Avaliação do Autocuidado: beber e comer</p>	<p># Vontade <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Recusa</p> <p># Dieta habitual Tipo de dieta <u>hipossalina</u> Nº refeições <u>3</u> /dia Alimentos que não gosta <u>queijo</u> Restrições alimentares <u>Não tem</u></p> <p># Capacidade para alimentar-se <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Índice <i>Barthel</i>: <u>60</u></p> <p># Capacidade para deglutir <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reduzido <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Elevado Escala de GUSS: _____</p> <p>SNG <input type="checkbox"/> nº sonda: Data de colocação: _____</p> <p># Estado Nutricional <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Desnutrido <input type="checkbox"/> Risco Mini <i>Nutricional Assessment</i>: <u>13</u></p>
<p>6. Avaliação de eliminação</p>	<p># Vesical</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continente vesical <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Características <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria - Cor <u>amarela</u> - Cateter urinário: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Latéx <input type="checkbox"/> Silicone Calibre: _____ <p>Índice <i>Barthel</i>: <u>60</u></p> <p># Intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos intestinais: Frequência <u>diária</u> Quantidade <u>moderada</u> - Cor castanhas - Consistência: <input type="checkbox"/> Fecalomas <input type="checkbox"/> Duras <input checked="" type="checkbox"/> Moldadas <input type="checkbox"/> Semilíquidas <input type="checkbox"/> Líquidas - Continente intestinal <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Última dejeção: <u>08/12</u> <p>Índice <i>Barthel</i>: <u>60</u></p>
<p>7. Avaliação do autocuidado: higiene pessoal</p>	<p># Higiene corporal <input checked="" type="checkbox"/> Cuidada <input type="checkbox"/> Descuidada</p> <p># Higiene oral <input checked="" type="checkbox"/> Cuidada <input type="checkbox"/> Descuidada</p> <p># Dependência <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente</p> <p>Índice <i>Barthel</i>: <u>60</u></p>
<p>8. Avaliação do Autocuidado: Sono e repouso</p>	<p># Sono <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Dificuldade em adormecer <input type="checkbox"/> Insónia</p> <p># Repouso <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Cansaço <input type="checkbox"/> Exaustão</p>
<p>9. Avaliação do Autocuidado: Vestir-se</p>	<p># Vontade <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p># Dependência <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente</p> <p>Índice <i>Barthel</i>: <u>60</u></p>

10. Avaliação da Pele e Tegumentos	<p>#Pele e Mucosas <input checked="" type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Icterícia <input checked="" type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Descamativa <input type="checkbox"/> Hidratada</p> <p># Alteração da integridade cutânea <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente</p> <p># Risco de úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Alto risco <input checked="" type="checkbox"/> Baixo risco</p> <p>Escala de Braden (18)</p>		
11. Avaliação Atividades Instrumentais	<p><input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Nível: Escala <i>Lawton&Brody</i> (8)</p>		
12. Avaliação de conhecimento sobre a doença	<p>Patologia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Sintomas <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Gestão Sintomas <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Terapêutica <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>		
13. Avaliação de fatores de risco de não adesão terapêutica	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p># Físico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Intolerância à atividade</p> <p><input type="checkbox"/> Cognição comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Memória comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Percepção Comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Efeitos secundários da medicação</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Compromisso musculoesquelético</p> <p><input type="checkbox"/> Défice Sensorial</p> <p><input type="checkbox"/> Dor</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p># Mental e Comportamental</p> <p><input type="checkbox"/> Resposta ao tratamento, ausência de</p> <p><input type="checkbox"/> Autoeficácia, baixa</p> <p><input type="checkbox"/> Auto imagem, baixa e autoestima, baixa</p> <p><input type="checkbox"/> Ideação suicida</p> <p><input type="checkbox"/> Suspeita</p> <p><input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade de gestão do regime</p> <p><input type="checkbox"/> Regime de tratamento complexo</p> <p><input type="checkbox"/> Hábitos aditivos</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedade /depressão</p> <p><input type="checkbox"/> Negação</p> <p><input type="checkbox"/> Fadiga</p> <p><input type="checkbox"/> Medo</p> <p><input type="checkbox"/> Crenças de saúde, conflito</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de esperança</p> <p><input type="checkbox"/> Analfabetismo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Défice de conhecimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não adesão</p> </td> </tr> </table>	<p># Físico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Intolerância à atividade</p> <p><input type="checkbox"/> Cognição comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Memória comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Percepção Comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Efeitos secundários da medicação</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Compromisso musculoesquelético</p> <p><input type="checkbox"/> Défice Sensorial</p> <p><input type="checkbox"/> Dor</p>	<p># Mental e Comportamental</p> <p><input type="checkbox"/> Resposta ao tratamento, ausência de</p> <p><input type="checkbox"/> Autoeficácia, baixa</p> <p><input type="checkbox"/> Auto imagem, baixa e autoestima, baixa</p> <p><input type="checkbox"/> Ideação suicida</p> <p><input type="checkbox"/> Suspeita</p> <p><input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade de gestão do regime</p> <p><input type="checkbox"/> Regime de tratamento complexo</p> <p><input type="checkbox"/> Hábitos aditivos</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedade /depressão</p> <p><input type="checkbox"/> Negação</p> <p><input type="checkbox"/> Fadiga</p> <p><input type="checkbox"/> Medo</p> <p><input type="checkbox"/> Crenças de saúde, conflito</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de esperança</p> <p><input type="checkbox"/> Analfabetismo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Défice de conhecimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não adesão</p>
<p># Físico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Intolerância à atividade</p> <p><input type="checkbox"/> Cognição comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Memória comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Percepção Comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Efeitos secundários da medicação</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Compromisso musculoesquelético</p> <p><input type="checkbox"/> Défice Sensorial</p> <p><input type="checkbox"/> Dor</p>	<p># Mental e Comportamental</p> <p><input type="checkbox"/> Resposta ao tratamento, ausência de</p> <p><input type="checkbox"/> Autoeficácia, baixa</p> <p><input type="checkbox"/> Auto imagem, baixa e autoestima, baixa</p> <p><input type="checkbox"/> Ideação suicida</p> <p><input type="checkbox"/> Suspeita</p> <p><input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade de gestão do regime</p> <p><input type="checkbox"/> Regime de tratamento complexo</p> <p><input type="checkbox"/> Hábitos aditivos</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedade /depressão</p> <p><input type="checkbox"/> Negação</p> <p><input type="checkbox"/> Fadiga</p> <p><input type="checkbox"/> Medo</p> <p><input type="checkbox"/> Crenças de saúde, conflito</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de esperança</p> <p><input type="checkbox"/> Analfabetismo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Défice de conhecimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não adesão</p>		

	<p># Espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta, atividade, família, comunidade) <input type="checkbox"/> Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta, atividade, família) <input type="checkbox"/> Angústia espiritual 	<p># Sociocultural e ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Capacidade para se ajustar (adequação) <input type="checkbox"/> Crime <input type="checkbox"/> Crenças culturais <input type="checkbox"/> Família Disfuncional <input type="checkbox"/> Atitude da família, em conflito <input type="checkbox"/> Rendimento, inadequado <input type="checkbox"/> Apoio social, ausência de <input type="checkbox"/> Estigma <input type="checkbox"/> Transporte, ausência de <input type="checkbox"/> Confiança no profissional de saúde, ausência de e Confiança, baixa
<p><u>14. Sinais Vitais e Biometrias</u></p>	Sinais vitais	
	Tensão arterial	144/ 90 mmHg
	Frequência cardíaca	73 bpm
	Frequência respiratória	16 rpm
	Temperatura corporal	36,5 °C
	Saturação de Oxigênio	98%
	Dor (Escala observador)	0
	Biometrias	
	Peso	82,5kg
	Altura	161cm
IMC	31,83kg/m ²	

Data	Diagnósticos	Intervenções	Resultados	Avaliação
29/11	Cognição efetiva, sem confusão ou depressão	<p>. Avaliar o estado mental através da escala <i>Mini Mental State Examination</i>;</p> <p>. Avaliar o <i>status</i> psicológico através da escala de ansiedade e depressão (HADS);</p> <p>. Avaliar expetativas face à RFR;</p> <p>. Promover o <i>status</i> psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - envolvimento de pessoas significativas nos cuidados; - ensinar sobre estratégias de <i>copping</i>; - ensinar sobre estratégias de controlo de <i>stress</i>; - dar reforço positivo; -desmitificar ideias erróneas relativamente à doença e às incapacidades por elas geradas; <p>. Realizar escuta ativa dos pensamentos, crenças e perceções da pessoa sobre a doença;</p> <p>. Instruir sobre técnicas de relaxamento (consciencialização da respiração, imaginação guiada, yoga) para o controlo de sintomas respiratórios (dispneia);</p> <p>. Identificar com a pessoa situações de <i>stress</i> no seu quotidiano;</p>	Prevenir risco de depressão, ansiedade e ataques de pânico.	<p>29/11 – Realizada avaliação inicial. Anteriormente registada.</p> <p>01/12- Aplicado questionário de escala de HADS (6 pontos) e Mini Mental State Examination (26 pontos). Doente refere estar ciente dos objetivos do programa de RFR. Tem como principal objetivo conseguir cuidar e brincar com neta (1 ano), não a expondo ao risco de infeções respiratórias. Desta forma, conseguir gerir sintomas e reconhecer sintomas de agravamento da função respiratória/infeção respiratória também fazem parte dos seus objetivos. Nota-se que tem expetativas realistas face ao programa prescrito relacionadas com realização anterior deste.</p> <p>04/12- Doente vem ansioso. Transporte público que utiliza atrasou-se. Assim refere ter menos tempo para cumprir os exercícios de sessão. Ajustada sessão ao tempo disponível. Instruído sobre técnicas de relaxamento de forma a controlar <i>stress</i></p>

				<p>e evitar tensão muscular (relaxamento progressivo de Jacobson)</p> <p>06/12- Doente vem acompanhado pela esposa à sessão de RR. Questionada sobre maiores dificuldades que o marido sente em casa. Refere que a tarefa mais complicada corresponde à realização de compras, principalmente se associada um período maior de caminhada (quando vai a pé o supermercado). Menciona ainda que o marido já evita muitas das tarefas domésticas mais exigentes (fazer a cama, aspirar a casa, arrumar a loiça). Muito embora já aplique em muitas situações as técnicas de gestão de energia / esforço (expirar no momento de maior esforço, planejar dia-a-dia, organizar objetos sobre bancada para diminuir elevação dos MS e flexão dos MI).</p> <p>08/12- Doente feliz por se sentir os sintomas respiratórios mais controlados, nomeadamente tosse produtiva. Sente-se motivado para iniciar treino de exercício (reeducação no esforço). Hoje verbaliza que o programa anterior foi uma mais-valia</p>
--	--	--	--	---

				<p>na sua recuperação. Expressa tristeza ao relembrar que teve que se reformar devido à DPOC. Afirma que se não fosse as sessões no centro hospitalar e a medicação que faz poderia estar pior. Realizada escuta ativa e prestado apoio emocional.</p>
--	--	--	--	--

29/11	<p><i>Status</i> nutricional, comprometido</p>	<p>Avaliar <i>status</i> nutricional através de Mini <i>Nutritional Assessment</i>;</p> <p>Avaliar índice de massa corporal;</p> <p>Avaliar presença de sinais e sintomas como: anorexia, saciedade precoce, dispneia, fadiga, enfartamento, obstipação e problemas dentários;</p> <p>Ensinar sobre estratégias para minimizar a interferência dos sintomas respiratórios no processo nutricional, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> . dieta polifraccionada; . limitação de ingestão de líquidos durante as refeições e uma hora após refeição; . comer devagar; . realizar higiene brônquica antes das refeições, se necessário; . evitar alimentos que conduzem a aerocolia; . aumentar a ingestão de fibras e de líquidos. <p>Identificar alimentos mais adequados ao estado nutricional;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Antecipar e tratar os défices nutricionais; - Prevenir a progressão da doença e manter uma nutrição adequada; - Promover a manutenção da força, massa e função muscular respiratória; - Promover a readaptação funcional 	<p>29/11 - Realizada avaliação inicial. Anteriormente registada (IMC > 30; MNA: 13 pontos)</p> <p>01/12 – Ensino sobre a relação do peso corporal e DPOC. Ensino sobre nutrição, nomeadamente opções alimentares mais saudáveis para conseguir reduzir de peso. Incentivado à ingestão hídrica fora das refeições e a dieta polifraccionada por forma a evitar a dilatação gástrica e consequente contribuir para aumento da dispneia. Doente refere que é a esposa que cozinha, recetivo à ideia de explicar dicas alimentares à esposa.</p> <p>06/12- Esposa veio a acompanhar doente. Realizado ensino sobre nutrição. Recomendada dieta hiperproteica e hipolipídica por forma a evitar perda de massa muscular e gerir gastos energéticos para sessões de reabilitação.</p> <p>08/12- Ensino sobre necessidades dietéticas da DPOC. Explicado risco acrescido de desnutrição pelo aumento de consumo energético a nível pulmonar e atrofia muscular. Entregue folheto de leitura sobre alimentação na DPOC (disponível na URR).</p>
-------	--	--	---	---

		<p>Ensinar sobre regime dietético;</p> <p>Ensinar sobre necessidade dietética no caso de DPOC;</p> <p>Ensinar sobre nutrição;</p> <p>Ensinar sobre ingestão de líquidos;</p> <p>Aconselhar uma dieta saudável e variada;</p> <p>Verificar o grau de compreensão do ensino efetuado;</p> <p>Fornecer documentos de leitura sobre regime dietético adaptado à pessoa com DPOC.</p>		
29/11	Ventilação espontânea, comprometida	<p>- Avaliar o <i>status</i> respiratório através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Auscultação pulmonar; . Inspeção torácica; <p>- Análise de exames complementares de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> . raio-X; . espirometria; . gasometria; . análises clínicas; <p>Avaliar história atual e progressa da pessoa face aos sintomas e doença;</p>	<p>- Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular;</p> <p>- Prevenir e corrigir os defeitos</p>	<p>29/11 – Realizada avaliação inicial. Registada anteriormente. O raio-x revela rectilinação de hemicúpula diafragmática à esquerda. Hipersuflação pulmonar à direita com bolha no vértice pulmonar direito. Lesões sugestivas de enfisema centrolobular em ambos os lobos superiores. Sem apagamento dos seios costofrénicos. Elaborado plano de cuidados.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a pessoa sobre posição de relaxamento; - Instruir a pessoa sobre técnica de relaxamento progressivo de <i>Jacobson</i>; - Executar técnica de posicionamento: <ul style="list-style-type: none"> . Posicionar a pessoa em decúbito dorsal, com almofada a apoiar a cabeça até à raiz das omoplatas e uma outra almofada sob a região popliteia; . Correção postural em frente de espelho quadriculado; - Incentivar a pessoa para a realização de técnica de relaxamento; - Instruir a pessoa sobre respiração diafragmática; - Executar RFR: <ul style="list-style-type: none"> . Exercício de mobilização da articulação escapulumeral; . Exercício de reeducação abdomino-diafragmática globais e seletivas: <ul style="list-style-type: none"> > global; > porção posterior; > hemicúpula direita; 	<p>ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corrigir os defeitos posturais. 	<p>01/12 - Explicado objetivo de sessões de reabilitação respiratória. Instruído sobre técnica de relaxamento de <i>Jacobson</i> e técnica de controlo e dissociação de tempos respiratórios. Ensino sobre RFR abdomino diafragmática global e seletiva e costal global e seletiva. Executa exercícios de RFR globais e seletivos com ajuda para interiorização de execução. Doente não tolera execução de exercício de reeducação abdomino diafragmático da porção anterior nem costal posterior bilateral, refere dispneia. Ajustado plano de reabilitação.</p> <p>06/12– Sessão de RFR iniciada por 2 min. de relaxamento muscular através da aplicação da técnica de <i>Jacobson</i>. Doente verbaliza não gostar de técnica de relaxamento utilizada. Realizado ensino sobre técnica de imaginação guiada com controlo de respiração. Mais recetivo.</p> <p>Inicia exercício de RFR abdomino diafragmático porção posterior seguido de RFR costal global com bastão, com supervisão. Mostra apreensão de exercícios. Prestado auxílio na realização de RFR</p>
--	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> > hemicúpula esquerda; > porção anterior; . Exercício de reeducação costal globais e seletivas: > Abertura costal global com bastão; > Abertura costal seletiva à direita; > Abertura costal seletiva à esquerda; > costal inferior esquerda; > costal inferior direita. 		<p>abdômino diafragmático seletivo das semicúspulas bilateralmente e costal seletivo à esquerda e direita.</p> <p>08/11- Introdução de resistência mecânica na execução de exercícios RFR abdômino diafragmáticos porção posterior de 0,5kg, tolera. Introdução de resistência mecânica na execução de RFR costal seletiva esquerda e direita de 1kg, tolera. Realiza menos repetições de exercícios por referir fadiga durante a sessão.</p> <p>11/11- Executa exercícios apenas com auxílio no treino de semicúspulas. Restantes exercícios executados com supervisão. Sem incremento de resistências mecânicas.</p>
29/11	Dispneia, atual	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a pessoa sobre posição de descanso; - Instruir a pessoa sobre controlo e dissociação dos tempos respiratórios (lábios semi-cerrados); - Ensinar a pessoa sobre medidas não farmacológicas para controlo de dispneia: . controlo e dissociação dos tempos respiratórios; 		<p>29/11 – Seguido na consulta de ventiloterapia do centro hospitalar. Bem-adaptado a CPAP noturno. Dado reforço positivo pela adesão terapêutica. Refere conseguir gerir dispneia a médios esforços com repouso e respeitando o seu ritmo. Tem evitado algumas atividades como brincar com a neta devido a maior cansaço. Enumeradas estratégias que pode aplicar para conseguir concretizar atividade sem</p>

		<ul style="list-style-type: none"> . técnicas de relaxamentos muscular (massagem); . promover fluxo de ar diretamente para o nariz e boca (sentar à frente de uma ventoinha); . promover ambientes mais frescos; . posicionamentos (elevar cabeceira, colocar-se em posição de cocheiro sentado ou em pé); . vestir roupas largas; . evitar fumar. - Ensinar a pessoa sobre gestão energética nas AVD: . planejar atividades com antecedência; . colocar materiais necessários próximos; . eliminar tarefas desnecessárias, delegar responsabilidades; . promover a realização de atividades prazerosas nos dias em que se sente melhor; . planejar uma rotina de repouso. - Gerir oxigenoterapia (VNI); - Gerir regime medicamentoso; - Ensinar sobre regime inalatório; 		<p>acréscimo do esforço. Mostra-se reticente à implementação de medidas. Fornecido folheto informativo sobre estratégias de alívio de dispneia e gestão energética nas AVD (disponível na URR). Desmistificados mitos relativos ao exercício físico. Explicado objetivo de terapêutica inalatória prescrita em SOS e modo de utilização. Tem receio de agravar a sua condição física. Triste pela privação de atividade prazerosa. Realizada escuta ativa e dado apoio emocional. Solicita-se que traga inaladores próprios para a próxima sessão para validação de técnica inalatória. Concorda.</p> <p>01/12 – Conforme solicitado traz consigo inaladores prescritos. Em primeiro lugar, validado modo de utilização de dispositivos (prepara ambos correctamente – respimat e turbohaler). Seguidamente, validade técnica inalatória utilizada. Cumpre inspiração lenta e profunda associada a <i>respimat</i>, após acionar dose, bem como apneia final de 10 seg. Não faz expiração forçada prévia. Relativamente ao turbohaler, cumpre inspiração</p>
--	--	--	--	--

		- Treina uso de dispositivo inalatório e dispositivo técnico de mobilização de secreções.		<p>vigorosa e profunda, apneia final de 10seg. e higienização oral após inalação. Não faz expiração forçada prévia nem realiza inalador na posição horizontal. Instruído sobre a técnica inalatória correta para cada dispositivo. Treina com dispositivos pessoais. Capacidade inspiratória compatível com ambos os inaladores (SMI e DPI). Explicado objetivo de cada um dos fármacos para o tratamento da patologia. Esclarecidas dúvidas. Incentivado à adesão terapêutica. Programa-se reavaliação para a próxima sessão.</p> <p>04/12 – Traz inaladores. Não fez inalação matinal para cumprir validação com a equipa. Mostra apreensão de todas as etapas necessárias à técnica inalatória correta.</p>
29/11	Limpeza das vias aéreas, comprometida	<p>Avaliar capacidade para tossir (solicitar à pessoa para tossir);</p> <p>Avaliar o expetorar;</p> <p>Instruir sobre tosse dirigida;</p>	<p>- Prevenir complicações;</p> <p>- Facilitar desprendimento , progressão e expulsão de secreções;</p>	29/11- Realizada avaliação inicial. Registada anteriormente. Tem capacidade para tossir apesar de não utilizar músculos abdominais convenientemente. Mostra dificuldade em expelir secreções, deglute frequentemente.

		<p>Estimular a tossir;</p> <p>Ensinar sobre dispositivos técnicos para mobilizar secreções das vias aéreas periféricas, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> . <i>acapella</i>; <p>Instruir sobre técnicas de drenagem de secreções brônquicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> . drenagem autogénica; . drenagem postural; . manobras acessórias (percussão); . técnica de expiração forçada (Huff); <p>Executar:</p> <ul style="list-style-type: none"> . drenagem postural; . tosse assistida, quando necessário; . manobras acessórias (compressão e vibração com dispositivo técnico); . exercícios musculoesqueléticos da cintura escapulo-umeral; <p>Gerir regime medicamentoso (aerossóis);</p>	<p>- Assegurar a permeabilidade das vias aéreas.</p>	<p>01/12- Conseguiu drenar secreções ao longo da sessão principalmente em decúbito lateral esquerdo. Ensino sobre tosse dirigida e <i>huff</i> no fim da sessão. Tem dificuldade em reproduzir técnica de tosse dirigida e o <i>huff</i>. Prestada assistência através de tosse assistida. Consegue expelir expectoração mucopurulenta espessa.</p> <p>04/12 – Executadas manobras acessórias de compressão e vibração acompanhando tempo expiratório. De forma a promover a drenagem de secreções foi disponibilizado <i>acapella</i> para realizar no domicílio. Instruído sobre modo de utilização de dispositivo e objetivo da sua utilização. Compreende. Validade técnica de tosse dirigida e <i>huff</i> junto do doente. Consegue reproduzir técnicas mais facilmente.</p> <p>06/12- Estabelecido plano de limpeza de vias aéreas no domicílio através da utilização de <i>acapella</i> seguida de tosse dirigida. Recomenda-se realização de exercícios ao acordar e antes de deitar. Se</p>
--	--	---	--	---

		<p>Incentivar ingestão de líquidos;</p> <p>Incentivar a exercício físico;</p> <p>Vigiar as secreções.</p>	<p>necessário pode repetir ao longo dia evitando execução após refeições. Compreende.</p> <p>08/12 – Refere ter evitado sair de casa dado às condições atmosféricas adversas (frio). Realizado ensino sobre medidas de proteção individual (vestir por camadas, utilizar cachecol sobre boca e nariz, evitar espaços com fumo ou com muitas pessoas). Incentivado a caminhadas diárias escolhendo a altura do dia mais favorável. Explicados sinais e sintomas de sugestivos de agravamento de função respiratório por forma a antecipar exacerbação de DPOC.</p>
--	--	---	---

29/11	Mobilidade, efetiva	<p>Avaliar a capacidade para realizar as atividades instrumentais de vida diária através da escala de Lawton&Brody;</p> <p>Avaliar a capacidade para realização de AVD através da Medida de Independência Funcional;</p> <p>Avaliar força muscular através da escala <i>Medical Research Council Muscle scale (MRCMS)</i>;</p> <p>Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico através de escala de Berg;</p> <p>Avaliar tônus muscular através da escala de tonicidade de Ashworth;</p> <p>Avaliar impacto da doença através LCAD (London Chest Activity of Daily Living)</p> <p>Análise dos resultados disponíveis indicativos da força muscular, capacidade funcional e respiratória da pessoa: - raio-X, análises clínicas, ECG, prova de marcha de 6min., espirometria, gasimetria, dinamometria / teste 1RM;</p> <p>Avaliar sinais vitais antes e após sessão de treino de exercício físico (frequência cardíaca e saturação de oxigénio).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a mecânica corporal; - Gestão de gastos energéticos; - Reeducação no esforço. 	<p>29/11- Realizada avaliação inicial. Registada anteriormente. Doente independente sem limitações motoras significativas. Interpretados ECD disponíveis (incluídos na avaliação inicial).</p> <p>01/12 – Aplicada LCAD, identificado baixo impacto da DPOC nas AVD (18). Realizada avaliação de parâmetros vitais, FC e SpO2, no início e fim de sessão de RFR (registados a seguir em tabela própria). Definidos exercícios de RFR de acordo com tolerância.</p> <p>08/12 – Reavaliada LCDA, mantém baixo impacto da DPOC nas AVD. Realizada avaliação de parâmetros vitais, FC e SpO2, no início e fim de sessão de RFR (registados a seguir em tabela própria). Definidos exercícios de RFR de acordo com tolerância.</p>
-------	---------------------	--	--	---

29/11	Intolerância à atividade	<p>Avaliar grau de dispneia através da Escala de <i>Borg</i> modificada;</p> <p>Avaliar impacto da doença através do questionário SGRQ;</p> <p>Prevenir queda;</p> <p>Determinar os seguintes parâmetros relativos às sessões de exercício (responsabilidade médica neste caso em particular):</p> <ul style="list-style-type: none"> - frequência (2-3 vezes semana); - duração (aprox. 45-60min., mínimo de 20 sessões); - intensidade (baixa 30% carga máxima, média 40-60% e alta 60-85% da carga máxima); - tipo de treino (força 2 a 4 series de 6 a 12 repetições e/ou resistência alta intensidade durante 20-60min.); <p>Gerir regime de exercício:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aquecimento inicial (5 min.); - alongamentos estáticos antes e após sessão (5-10min.); - relaxamento final (2min.); - arrefecimento (5-10min.); 		<p>29/11- Realizada avaliação inicial. Registada anteriormente.</p> <p>01/12 – Doente apresenta padrão respiratório com ênfase da fase expiratória, fazendo-o com os lábios semicerrados; Aplicado questionário SGRQ (30%), identificando um baixo nível de impacto da DPOC sobre a qualidade de vida do doente.</p> <p>04/12 – Determinado PRFR de acordo com as orientações vigentes na URR. Instruído doente sobre exercícios do PRFR. Esclarecidas dúvidas.</p> <p>06/12- Apreensão por parte do doente, dos exercícios de RFR, dos exercícios de fortalecimento muscular e de realizar os movimentos respiratórios da forma correta.</p> <p>08/12 – Doente foi aumentado gradualmente incremento de resistência na realização dos exercícios físicos, em média de 0,5kg por sessão.</p>
-------	--------------------------	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - escolha de combinação de exercícios; - carga mediante exercício e tolerância da pessoa, incremento gradual; - número de repetições mediante o exercício e tolerância da pessoa, aumento gradual; - duração da sessão (aprox. 60min.); - materiais necessários; <p>Gerir segurança do doente;</p> <p>Instruir sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - exercícios de aquecimento; - exercícios de alongamento estático; - controlo respiratório durante os exercícios; - utilização dos materiais necessários para a execução dos exercícios; <p>Aumentar a tolerância à atividade através:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Execução treino resistência (aeróbio), de acordo com tolerância e com incremento gradual (5- 15min.): . membros inferiores (passadeira ou bicicleta); . membros superiores (cicloergómetro); 		<p>Completa exercícios proposto no tempo determinado.</p>
--	--	--	--	---

		<p>- Execução de treino de força (anaeróbio), realização do esforço físico durante o tempo expiratório (20-25min.):</p> <ul style="list-style-type: none">. halters (membros superiores);. pesos (membros inferiores); <p>Incentivar a caminhada de intensidade moderada durante 30min. diária.</p>		
--	--	--	--	--

04/12	Conhecimento para a saúde, diminuído	<p>Avaliar conhecimento sobre:</p> <p>Doença;</p> <p>Sintomas;</p> <p>Terapêutica (medicação e oxigenoterapia);</p> <p>Gestão de sintomas respiratórios;</p> <p>Estilos de vida saudáveis.</p> <p>Ensinar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doença (etiologia, sintomas, progressão, prevenção e fatores promotores da qualidade de vida, impacto da doença na vida quotidiana, profissional e familiar); - Cuidados a ter no domicílio e recursos comunitários disponíveis; - Prevenção de quedas /gestão de emoções; - Estratégias para reduzir ou evitar a exposição a fatores agravantes (relaxamento, proteção individual face a alterações climáticas e infeções respiratórias); - Estilos de vida saudáveis; - Sinais e sintomas de exacerbações/agudizações; 	<p>Promover conhecimentos que permitam compreender melhor a doença e aumentar as competências da pessoa para gerir a DPOC;</p> <p>Prevenir o agravamento da doença;</p> <p>Capacitar a pessoa de estratégias eficazes para diminuir o impacto da doença.</p>	<p>29/11- Avaliados conhecimentos do doente sobre patologia DPOC. Sabe referir a sigla correspondente ao diagnóstico e o que cada letra significa. Tem noção que é uma patologia crónica mas não sabe o que representa para si a componente obstrutiva. Quanto aos sintomas apenas identifica aqueles que teve recentemente não sabendo outros possíveis cenários associados à doença. Programa-se para as próximas sessões ensino sobre a DPOC, incluindo a temática inaloterapia.</p> <p>06/12 – Realizado ensino sobre a DPOC (etiologia, sintomas, progressão, prevenção e fatores promotores da qualidade de vida, impacto da doença na vida quotidiana, profissional e familiar).</p>
-------	--------------------------------------	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">- Regime terapêutico (medicação e oxigenoterapia);- Benefícios de imunização anual contra o vírus da gripe e pneumonia;- Reeducação funcional Respiratória.		
--	--	---	--	--

04/12	Adesão ao regime terapêutico	<p>Avaliar o risco de não adesão terapêutica através do guia CIPE;</p> <p>Estabelecer relação de ajuda;</p> <p>Estabelecer prioridades no regime de reabilitação;</p> <p>Ensinar sobre complicações de não adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Incentivar adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Negociar adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Promover a adesão ao regime de reabilitação;</p> <p>Reforçar a consecução de objetivos;</p> <p>Promover consciencialização;</p> <p>Incentivar a participação de familiares no processo de reabilitação;</p> <p>Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão.</p>	<p>Promover a reintegração familiar;</p> <p>Promover a adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Promover o autocuidado.</p>	<p>29/11 – Realizado o acolhimento à unidade de reabilitação respiratória. Apresentados elementos da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais. Entregue folheto com horários e contactos telefónicos. Preenchido questionário de avaliação de risco de não adesão de CIPE. Confessa que já teve esquecimentos no cumprimento do regime medicamento prescrito. Refere compreender objetivo de tratamento (reabilitação respiratória) fator que o motiva a cumprir sessões prescritas. Menciona que está habituado a utilizar transportes públicos em outras situações, o que lhe facilita a deslocação ao centro hospitalar. Solicita que o horário das sessões não tenha início antes das 09h30 para evitar ter de sair de casa demasiado cedo. Agenda-se início de sessões de acordo com pedido do doente.</p> <p>08/12 – Solicita alteração do horário da próxima sessão. Explica que tem consulta de ventiloterapia agendada para esse dia. Agenda-se início de sessão para o período da tarde. Alertado que alterações de horário podem não ser possíveis pela</p>
-------	------------------------------	--	---	--

				<p>sobreposição de agendamentos de outros doentes. Compreende.</p>
--	--	--	--	--

Avaliação de resultados sessões de RFR:

	<u>29 Nov.</u>	<u>01 Dez.</u>	<u>04 Dez.</u>	<u>06 Dez.</u>	<u>08 Dez.</u>																				
Estado de consciência	Consciente, orientado e colaborante	Consciente, orientado e colaborante	Consciente, orientado e colaborante	Consciente, orientado e colaborante	Consciente, orientado e colaborante																				
Sinais vitais	FC 98 bpm FR 24 rpm Temperatura ---- TA 137/81mmHg Dor 2 SpO2 94% (inicio) SpO2 96% (fim)	FC 100 bpm FR 19 rpm Temperatura ---- TA 143/79mmHg Dor 2 SpO2 94% (inicio) SpO2 96% (fim)	FC 97 bpm FR 21 rpm Temperatura ---- TA 141/76mmHg Dor 2 SpO2 94% (inicio) SpO2 97% (fim)	FC 94 bpm FR 22 rpm Temperatura ---- TA 138/77mmHg Dor 2 SpO2 93% (inicio) SpO2 96% (fim)	FC 101 bpm FR 22 rpm Temperatura ---- TA 137/81mmHg Dor 2 SpO2 95% (inicio) SpO2 96% (fim)																				
Oxigenoterapia	Sem aporte de O2	Sem aporte de O2	Sem aporte de O2	Sem aporte de O2	Sem aporte de O2																				
Padrão respiratório	Ventilação espontânea Simetria torácica Respiração Torácica Rítmica Superficial	Ventilação espontânea Simetria torácica Respiração Torácica Rítmica Superficial	Ventilação espontânea Simetria torácica Respiração Torácica Rítmica Superficial	Ventilação espontânea Simetria torácica Respiração Torácica Rítmica Profunda	Ventilação espontânea Simetria torácica Respiração Torácica Rítmica Profunda																				
Auscultação	- Sons Respiratórios: <table border="1" data-bbox="383 1305 712 1382"> <tr> <td><u>M</u>antidos</td> <td><u>D</u>iminuídos</td> </tr> <tr> <td><u>A</u>usentes</td> <td></td> </tr> </table>	<u>M</u> antidos	<u>D</u> iminuídos	<u>A</u> usentes		- Sons Respiratórios: <table border="1" data-bbox="741 1305 1070 1382"> <tr> <td><u>M</u>antidos</td> <td><u>D</u>iminuídos</td> </tr> <tr> <td><u>A</u>usentes</td> <td></td> </tr> </table>	<u>M</u> antidos	<u>D</u> iminuídos	<u>A</u> usentes		- Sons Respiratórios: <table border="1" data-bbox="1077 1305 1406 1382"> <tr> <td><u>M</u>antidos</td> <td><u>D</u>iminuídos</td> </tr> <tr> <td><u>A</u>usentes</td> <td></td> </tr> </table>	<u>M</u> antidos	<u>D</u> iminuídos	<u>A</u> usentes		- Sons Respiratórios: <table border="1" data-bbox="1413 1305 1742 1382"> <tr> <td><u>M</u>antidos</td> <td><u>D</u>iminuídos</td> </tr> <tr> <td><u>A</u>usentes</td> <td></td> </tr> </table>	<u>M</u> antidos	<u>D</u> iminuídos	<u>A</u> usentes		- Sons Respiratórios: <table border="1" data-bbox="1749 1305 2078 1382"> <tr> <td><u>M</u>antidos</td> <td><u>D</u>iminuídos</td> </tr> <tr> <td><u>A</u>usentes</td> <td></td> </tr> </table>	<u>M</u> antidos	<u>D</u> iminuídos	<u>A</u> usentes	
<u>M</u> antidos	<u>D</u> iminuídos																								
<u>A</u> usentes																									
<u>M</u> antidos	<u>D</u> iminuídos																								
<u>A</u> usentes																									
<u>M</u> antidos	<u>D</u> iminuídos																								
<u>A</u> usentes																									
<u>M</u> antidos	<u>D</u> iminuídos																								
<u>A</u> usentes																									
<u>M</u> antidos	<u>D</u> iminuídos																								
<u>A</u> usentes																									

Pulmonar	Região	Direito	Esquerdo	Região	Direito	Esquerdo	Região	Direito	Esquerdo	Região	Direito	Esquerdo	Região	Direito	Esquerdo
	1/3 Superior	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 Superior	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 Superior	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 Superior	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 Superior	<u>M</u>	<u>M</u>
	1/3 Médio	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 Médio	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 Médio	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 Médio	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 Médio	<u>M</u>	<u>M</u>
	1/3 Inferior	<u>D</u>	<u>D</u>	1/3 Inferior	<u>D</u>	<u>D</u>	1/3 Inferior	<u>D</u>	<u>D</u>	1/3 Inferior	<u>M</u>	<u>M</u>	1/3 Inferior	<u>M</u>	<u>M</u>
	- Ruídos Adventícios: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			- Ruídos Adventícios: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			- Ruídos Adventícios: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			- Ruídos Adventícios: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			- Ruídos Adventícios: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
	<u>(Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)</u>			<u>(Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)</u>			<u>(Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)</u>			<u>(Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)</u>			<u>(Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)</u>		
	Região	Direito	Esquerdo	Região	Direito	Esquerdo	Região	Direito	Esquerdo	Região	Direito	Esquerdo	Região	Direito	Esquerdo
	1/3 Su	-----	-----	1/3 Su	-----	-----	1/3 Su	-----	-----	1/3 Su	-----	-----	1/3 Su	-----	-----

	per ior				per ior				er io				peri or				1/3 Médio	----	----	-
	1/3 Mé dio	----	----		1/3 Mé dio	----	----		1/3 Mé dio	----	----		1/3 Mé dio	----	----		1/3 Inferior	----	----	-
	1/3 Inf eri or	R	----		1/3 Inf eri or	R	----		1/3 Infe rior	----	----		1/3 Infe rior	----	----					
Tosse	Dirigida e Assistida Eficaz				Dirigida e Assistida Eficaz				Dirigida e Assistida Eficaz				Dirigida e Assistida Eficaz				Dirigida e Assistida Eficaz			
Expetoração	Moderada quantidade Espessa Mucopurulenta				Moderada quantidade Espessa Mucopurulenta				Moderada quantidade Espessa Mucopurulenta				Moderada quantidade Fluida Mucosa				Pequena quantidade Fluida Mucosa			

Avaliação de resultados das sessões de treino de exercício

<u>Data</u>	<u>Nº Repetições</u>	<u>Carga</u>	<u>Cicloergómetro</u>	<u>Bicicleta</u>	<u>Sinais Vitais</u>
1ª sessão	M.S: 15	M.S: 1kg	M.S: resistência 2 10min.	M.I: 25w 10min.	I: 94% colocado O2 a 1L/m
	M.I:15	M.I: 1kg			F: 96% sem aporte de O2
2ª sessão	M.S: 15	M.S: 1kg	M.S: resistência 2 10min.	M.I: 25w 10min.	I: 94% colocado O2 a 1L/m

	M.I: 15	M.I: 1kg			F: 95% sem aporte de O2
3ºsessão	M.S: 15	M.S: 1kg	M.S: resistência 2 10min.	M.I: 25w 10min.	I: 93% colocado O2 a 1L/m
	M.I: 15	M.I: 1kg			F: 95% sem aporte de O2
4ºsessão	M.S: 15	M.S: 1,5kg	M.S: resistência 3 10min.	M.I: 25w 15min.	I: 92% colocado O2 a 1L/m
	M.I: 15	M.I: 1,5kg			F: 94% sem aporte de O2
5ºsessão	M.S: 20	M.S: 1,5kg	M.S: resistência 3 15min.	M.I: 25w 15min.	I: 94% colocado O2 a 1L/m
	M.I:20	M.I: 1,5kg			F: 95% sem aporte de O2
6ºsessão	M.S:20	M.S: 1,5kg	M.S: resistência 3 15min.	M.I: 25w 20min	I: 94% colocado O2 a 1L/m
	M.I:20	M.I: 1,5kg			F: 96% sem aporte de O2
7ºsessão	M.S: 15	M.S: 2kg	M.S: resistência 4 15min.	M.I: 25w 20min	I: 92% colocado O2 a 1L/m
	M.I:15	M.I:2kg			F: 96% sem aporte de O2

8ºsessão	M.S: 15	M.S: 2kg	M.S: resistência 4 15min.	M.I: 25w 20min	I: 93% colocado O2 a 1L/m
	M.I:15	M.I:2kg			F: 96% sem aporte de O2
9ºsessão	M.S: 15	M.S: 2kg	M.S: resistência 4 15min.	M.I: 25w 20min	I: 92% colocado O2 a 1L/m
	M.I:15	M.I:2kg			F: 95% sem aporte de O2
10ºsessão	M.S: 15	M.S: 2kg	M.S: resistência 4 15min.	M.I: 25w 20min	I: 94% colocado O2 a 1L/m
	M.I:15	M.I:2kg			F: 96% sem aporte de O2

Recursos Materiais	
Avaliação Inicial	<p>Esfigmomanómetro ou medidor de pressão arterial digital;</p> <p>Termómetro;</p> <p>Aparelho medidor de glicémia e respetivas lancetas e tiras;</p> <p>Estetoscópio;</p> <p><i>Posters</i> de escalas de avaliação (escala de <i>Borg</i> Modificada);</p> <p>Fonte de oxigénio e cânulas nasais;</p> <p>Oxímetro de pulso portátil;</p> <p>Folhas de registo e canetas;</p> <p>Material desinfetante;</p> <p>Lenços de papel;</p> <p>Consumíveis (água, pacotes de açúcar);</p> <p>Telefone.</p>
Sessão de RFR	<p>Esfigmomanómetro ou medidor de pressão arterial digital;</p> <p>Termómetro;</p> <p>Aparelho medidor de glicémia e respetivas lancetas e tiras;</p>

Estetoscópio;

Posters de escalas de avaliação (escala de *Borg* Modificada);

Fonte de oxigénio e cânulas nasais;

Oxímetro de pulso portátil;

Palhinhas;

Bastões;

Folhas de registo e canetas;

Material desinfetante;

Lenços de papel;

Consumíveis (água, pacotes de açúcar);

Telefone.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (Eds) (2010). *Medicina Temas Actuais: Pneumologia Clínica (Vol 3 e 4)*. Lisboa: AtralCipan;
- Barnett, M. (2006). COPD: The Role of the Nurse. *Journal of Community Nursing*, 20 (2), 18-22;
- Canteiro, M. & Heitor, M. (2003). *Reabilitação Respiratória*. In M. Gomes & R. Sotto-Mayor (Coord). *Tratado de Pneumologia (1783-1893)*. Lisboa: Permanyer Portugal;
- Carreiro, A., Santos, J. & Rodrigues, F. (2013). Impacto das comorbilidades num programa de reabilitação respiratória em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 19 (3), 106-113;
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência;
- Gentry, S., Gentry, B. (2017). Chronic Obstrutive Pulmonary Disease: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 95 (7), 433- 443. Acedido em 8 de Maio de 2017. Disponível em: www.aafp.org/afp
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, management and prevention: a guide for health care professionals*. Acedido em 20 de Abril de 2017. Disponível em: www.goldcopd.org;
- Heitor, C., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (1988). *Reeducação funcional respiratória (3ª ed.)*. Lisboa: Boehringer IngelheimSpencer e Hanania, 2013
- Janson, C., Marks, G., Buist, S., Gnatiuc, L., Gislason, T., McBurnie, M. ... Burney, P. (2013). The impact of COPD on health status: findings from the BOLD study. *European Respiratory Journal*, 42, 1472-1483. DOI: 10.1183/09031936.00153712
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2016). *11º Relatório: Prevenir as Doenças Respiratórias Acompanhar e Reabilitar os Doentes*. Lisboa. Acedido a 25 de Abril de 2017. Disponível em: http://www.ondr.pt/11_Relatorio_ONDR.pdf;

Vestbo, J., Hurd, S., Agustí, A., Jones, P., Vogelmeier, C., Anzueto, A. ... Rodriguez-Roisin, R. (2013). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive:Gold Executive Summary. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 187 (4), 347-365. DOI: 10.1164/rccm.201204-0596PP.

Apêndice X - Instrumento de avaliação inicial

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL

➤ História Atual	
➤ História Progressa	
➤ História Familiar	
➤ História social e ocupacional	
➤ Medicação Habitual	
➤ Avaliação Familiar, Socioeconómica e Acessibilidade	<p><u>Agregado familiar:</u></p> <p><u>Dependentes a cargo:</u></p> <p><u>Condições habitacionais:</u></p> <p><u>Nível de escolaridade:</u></p> <p><u>Profissão:</u></p> <p><u>Rendimento mensal líquido do agregado familiar:</u></p> <p><u>Transporte para centro hospitalar:</u></p>
➤ Avaliação do Papel do Prestador de Cuidados	

Capacidade para tomar conta

- Consciência para tomar conta: Reduzida Moderada Elevada
 - Força de vontade expressa para tomar conta: Reduzida Moderada Elevada
 - Nível de participação e envolvimento no processo de ensino-aprendizagem:
 - Reduzido Moderado Elevado
 - Nível de apoio percebido dos familiares/amigos: Reduzido Moderado Elevado
 - Nível de apoio percebido da rede formal: Reduzido Moderado Elevado
 - Nível de percepção acerca da sua capacidade para tomar conta:
 - Reduzido Moderado Elevado
 - Nível de conhecimento sobre cuidados necessários para tomar conta:
 - Reduzido Moderado Elevado
 - Nível de capacidades instrumentais para os cuidados: Reduzido Moderado Elevado
 - Qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente:
 - Reduzido Moderado Elevado
 - Experiência prévia para tomar conta: Sim Não
 - Antecedentes de sobrecarga (exaustão/stress) para tomar conta: Sim Não
- Escala de Zarit: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre:

- Processo Patológico: Reduzido Moderado Elevado
- Promoção do autocuidado: Reduzido Moderado Elevado
- Prevenção de complicações: Reduzido Moderado Elevado

➡ Genograma e Ecomapa:

➔ **Processo Corporal:**

<p><u>1. Avaliação da Função Cognitiva</u></p>	<p>- Consciência: <input type="checkbox"/> Vígil <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Obnubilação <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma</p> <p>- Orientação: <input type="checkbox"/> Pessoa <input type="checkbox"/> Espaço <input type="checkbox"/> Tempo</p> <p>- Atenção: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Desatenção <input type="checkbox"/> Distração</p> <p>- Memória:</p> <p>Imediata <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Recente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Remota <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p># mini mental test: _____ pontos</p> <p>- Linguagem:</p> <p>Compreensão da palavra falada: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Discurso: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Afasia</p> <p>- Audição: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>- Visão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>- Estado de Humor: <input type="checkbox"/> Eutímio <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Irritável <input type="checkbox"/> Lábil <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Agressivo</p> <p>Escala de ansiedade e depressão (HADS): _____ pontos</p>
<p><u>2. Avaliação da função respiratória</u></p>	<p><u># Inspeção dinâmica</u></p> <p>- Ventilação: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica Invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação Não invasiva</p>

	<p>- Padrão respiratório: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/></p> <p>Tiragem intercostal/ supra-clavicular <input type="checkbox"/> Adejo nasal</p> <p>- Ritmo: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular</p> <p>- Simetria: <input type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico</p> <p>- Amplitude: <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada</p> <p>- Traqueia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Desvio da linha média</p> <p># Limpeza das vias aéreas <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz</p> <p># Capacidade para tossir <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p># Capacidade para expetorar <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p># Tosse <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Quintosa <input type="checkbox"/> Acessual <input type="checkbox"/> Rouca <input type="checkbox"/></p> <p>Noturna <input type="checkbox"/> Matinal <input type="checkbox"/> Emetizante <input type="checkbox"/> Outra</p> <p># Expetoração</p> <p>- Quantidade <input type="checkbox"/> Escassa <input type="checkbox"/> Reduzida <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Abundante</p> <p>- Consistência <input type="checkbox"/> Fluída <input type="checkbox"/> Viscosa <input type="checkbox"/> Espessa</p> <p>- Conteúdo</p> <p><input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Hemoptoica</p> <p><input type="checkbox"/> Hemoptise</p> <p>- Odor <input type="checkbox"/> Inodora <input type="checkbox"/> Fétido</p> <p># Dispneia <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente</p> <p><input type="checkbox"/> De esforço <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Paroxística noturna <input type="checkbox"/> Platipneia</p> <p><input type="checkbox"/> Trepopneia</p> <p>Escala de <i>Borg</i> modificada:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Escala MRCDQ:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p># Toracalgia <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p># Fadiga <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Escala de <i>Borg</i>:</p>
--	--

0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auscultação pulmonar

- Sons Respiratórios:

<u>M</u> antidos <u>D</u> iminuídos <u>A</u> usentes		
<u>Região</u>	<u>Direito</u>	<u>Esquerdo</u>
<u>1/3 Superior</u>		
<u>1/3 Médio</u>		
<u>1/3 Inferior</u>		

- Ruídos Adventícios: Sim Não

<u>(R</u> oncos, <u>S</u> ibilos, <u>F</u> ervores, <u>C</u> repitações, <u>A</u> tritos <u>P</u> leurais)		
<u>Região</u>	<u>Direito</u>	<u>Esquerdo</u>
<u>1/3 Superior</u>		
<u>1/3 Médio</u>		
<u>1/3 Inferior</u>		

Exames Complementares de diagnóstico:

Raio-X

Espirometria

FVC

FEV¹

FEV¹ / FVC

FEF 25

FEF 50

FEF 75

Prova de Marcha 6min.

Gasometria Arterial

pH

PaCO₂

	<p>PaO₂</p> <p>HCO₃</p> <p># Dispositivos técnicos: <input type="checkbox"/> Flutter <input type="checkbox"/> Espirómetro de Incentivo</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Cought assist</i> <input type="checkbox"/> Accapela <input type="checkbox"/> Threshold IMT</p>
--	---

4. Avaliação da Função Sensoriomotora	# Locomoção <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Índice <i>Barthel</i> : _____ <input type="checkbox"/> Meios Auxiliares de Marcha																																								
	# Mobilidade - Transferência <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente - Posicionar-se <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Índice <i>Barthel</i> : _____																																								
	# Equilíbrio - Dinâmico <input type="checkbox"/> Presente Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente - Estático <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente - Risco de Queda: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Alto Escala de Morse: _____																																								
	# Movimentar-se Medical Research Council Muscle scale																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Segmentos</th> <th colspan="2">Movimentos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cabeça e pescoço</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Membro superior</td> <td>Direito</td> <td>Esquerdo</td> </tr> <tr> <td>Escapulo-umeral</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cotovelo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Antebraço</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Punho</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dedos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Membro inferior</td> <td>Direito</td> <td>Esquerdo</td> </tr> <tr> <td>Coxo femoral</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Joelho</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tibio-tarsica</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dedos</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Segmentos	Movimentos		Cabeça e pescoço			Membro superior	Direito	Esquerdo	Escapulo-umeral			Cotovelo			Antebraço			Punho			Dedos			Membro inferior	Direito	Esquerdo	Coxo femoral			Joelho			Tibio-tarsica			Dedos		
	Segmentos	Movimentos																																							
	Cabeça e pescoço																																								
	Membro superior	Direito	Esquerdo																																						
	Escapulo-umeral																																								
	Cotovelo																																								
Antebraço																																									
Punho																																									
Dedos																																									
Membro inferior	Direito	Esquerdo																																							
Coxo femoral																																									
Joelho																																									
Tibio-tarsica																																									
Dedos																																									
# Tônus Muscular Escala Modificada de Ashworth:																																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cabeça e pescoço:</td> </tr> <tr> <td>Membro superior esquerdo:</td> <td>Membro superior direito:</td> </tr> <tr> <td>Membro inferior esquerdo:</td> <td>Membro inferior direito:</td> </tr> </table>		Cabeça e pescoço:		Membro superior esquerdo:	Membro superior direito:	Membro inferior esquerdo:	Membro inferior direito:																																		
Cabeça e pescoço:																																									
Membro superior esquerdo:	Membro superior direito:																																								
Membro inferior esquerdo:	Membro inferior direito:																																								

<p>5. Avaliação do <u>Autocuidado:</u> <u>beber e comer</u></p>	<p># Vontade <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Recusa</p> <p># Dieta habitual Tipo de dieta _____ Nº refeições ____ /dia Alimentos que não gosta _____ Restrições alimentares _____</p> <p># Capacidade para alimentar-se <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Índice <i>Barthel</i>: _____</p> <p># Capacidade para deglutir <input type="checkbox"/> Reduzido <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Elevado Escala de GUSS: _____</p> <p>SNG <input type="checkbox"/> nº sonda: Data de colocação: _____</p> <p># Estado Nutricional <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Desnutrido <input type="checkbox"/> Risco <i>Mini Nutricional Assessment</i>: _____</p>
--	--

<p>6. Avaliação de eliminação</p>	<p># Vesical</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continente vesical <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Características <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria Cor _____ - Cateter urinário: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Latéx <input type="checkbox"/> Silicone Calibre: _____ Índice <i>Barthel</i>: _____ <p># Intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos intestinais: Frequência _____ Quantidade _____ Cor _____ - Consistência: <input type="checkbox"/> Fecalomas <input type="checkbox"/> Duras <input type="checkbox"/> Moldadas <input type="checkbox"/> Semilíquidas <input type="checkbox"/> Líquidas - Continente intestinal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Última dejeção: _____ Índice <i>Barthel</i>: _____
<p>7. Avaliação do autocuidado: higiene pessoal</p>	<p># Higiene corporal <input type="checkbox"/> Cuidada <input type="checkbox"/> Descuidada</p> <p># Higiene oral <input type="checkbox"/> Cuidada <input type="checkbox"/> Descuidada</p> <p># Dependência <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente</p> <p>Índice <i>Barthel</i>: _____</p>
<p>8. Avaliação do Autocuidado: Sono e repouso</p>	<p># Sono <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Dificuldade em adormecer <input type="checkbox"/> Insónia</p> <p># Repouso <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Cansaço <input type="checkbox"/> Exaustão</p>
<p>9. Avaliação do Autocuidado: Vestir-se</p>	<p># Vontade <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p># Dependência <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente</p> <p>Índice <i>Barthel</i>: _____</p>
<p>10. Avaliação da Pele e Tegumentos</p>	<p>#Pele e Mucosas <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Rosada</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Descamativa <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Coradas <input type="checkbox"/> Descoradas <p># Alteração da integridade cutânea <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Localização anatómica: _____</p> <p># Edemas <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Localização anatómica: _____</p> <p># Risco de úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Alto risco <input type="checkbox"/> Baixo risco</p>

	Escala de Braden _____	
11. Avaliação Atividades Instrumentais	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Escala <i>Lawton&Brody</i> _____	
12. Avaliação de conhecimento sobre a doença	Patologia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sintomas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Gestão Sintomas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Terapêutica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
13. Avaliação de fatores de risco de não adesão terapêutica	# Físico <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Cognição comprometida <input type="checkbox"/> Memória comprometida <input type="checkbox"/> Percepção Comprometida <input type="checkbox"/> Efeitos secundários da medicação <input type="checkbox"/> Compromisso musculoesquelético <input type="checkbox"/> Déficit Sensorial <input type="checkbox"/> Dor	# Mental e Comportamental <input type="checkbox"/> Resposta ao tratamento, ausência de <input type="checkbox"/> Autoeficácia, baixa <input type="checkbox"/> Autoimagem, baixa e autoestima, baixa <input type="checkbox"/> Ideação suicida <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento <input type="checkbox"/> Capacidade de gestão do regime <input type="checkbox"/> Regime de tratamento complexo <input type="checkbox"/> Hábitos aditivos <input type="checkbox"/> Ansiedade /depressão <input type="checkbox"/> Negação <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Crenças de saúde, conflito <input type="checkbox"/> Falta de esperança <input type="checkbox"/> Analfabetismo <input type="checkbox"/> Déficit de conhecimento <input type="checkbox"/> Não adesão
	# Espiritual <input type="checkbox"/> Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta,	# Sociocultural e ambiental <input type="checkbox"/> Capacidade para se ajustar (adequação) <input type="checkbox"/> Crime <input type="checkbox"/> Crenças culturais

	atividade, família, comunidade) <input type="checkbox"/> Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta, atividade, família) <input type="checkbox"/> Angústia espiritual	<input type="checkbox"/> Família Disfuncional <input type="checkbox"/> Atitude da família, em conflito <input type="checkbox"/> Rendimento, inadequado <input type="checkbox"/> Apoio social, ausência de <input type="checkbox"/> Estigma <input type="checkbox"/> Transporte, ausência de <input type="checkbox"/> Confiança no profissional de saúde, ausência de e Confiança, baixa
<u>14. Sinais Vitais e Biometrias</u>	Sinais vitais	
	Tensão arterial	mmHg
	Frequência cardíaca	bpm
	Frequência respiratória	rpm
	Temperatura corporal	°C
	Saturação de Oxigênio	%
	Dor (Escala numérica)	
	Biometrias	
	Peso	kg
	Altura	cm
IMC	kg/m ²	