



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

Relatório de Estágio

**Reeducação funcional respiratória em contexto de
hospitalização domiciliária:
A promoção do autocuidado na pessoa com
pneumonia**

José Miguel Correia Baptista



Lisboa

2022



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

Relatório de Estágio

**Reeducação funcional respiratória em contexto de
hospitalização domiciliária:
A promoção do autocuidado na pessoa com
pneumonia**

José Miguel Correia Baptista



Orientador: Professor Ezequiel Pessoa



Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Ezequiel Pessoa, pela motivação, desafio e otimismo impresso ao longo deste percurso, permitindo-me fazer o meu próprio caminho com a serenidade e sabedoria que a perícia lhe confere.

Às Senhoras Enfermeiras Teresa, Catarina e Cláudia e Sr. Enfermeiro Fernando, pela disponibilidade e partilha dos seus conhecimentos.

À minha família, pelos desafios que enfrentamos e vencemos em conjunto.

Aos meus colegas de especialidade e de trabalho, pelo seu apoio e companheirismo.

Aos meus clientes, pela relação de parceria que construímos ao longo dos tempos, permitindo definir aquilo que faço no meu dia a dia.

A todos os que contribuíram para a concretização deste percurso, o meu profundo agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

BIPAP – *Bilevel Positive Airway Pressure*

CATR - Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNA - *Canadian Nurses Association*

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DO – Docente Orientador

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECMO - *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EO – Enfermeiro Orientador

EOHSP - *European Observatory on Health Systems and Policies*

EOT - Entubação Orotraqueal

ER – Enfermagem de Reabilitação

HD – Hospitalização Domiciliária

HGO – Hospital Garcia da Orta

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PAC – Pneumonia Adquirida na Comunidade

PEP – Pressão Expiratória Positiva

PQCEER - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

PSI - *Pneumonia Severity Index*

RCN – Royal College of Nursing

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR – Reabilitação Respiratória

SARS - *Severe Acute Respiratory Syndrome*

SPMFR - Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação

SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UC – Unidade de Convalescença

UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI-COVID – Unidade de Cuidados Intensivos Covid

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

UVNI – Unidade de Ventilação Não Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

A Pneumonia define-se como uma patologia inflamatória do parênquima pulmonar com perda de elasticidade e de espaço disponível para a realização das trocas gasosas indispensáveis à vida. É a principal causa de morte por doenças respiratórias em Portugal, em especial entre os idosos, testando os limites de resposta do Sistema de Saúde, realidade escalada durante a recente pandemia que obrigou à procura de respostas para fazer face à procura massiva de cuidados de saúde. Uma das respostas passou pela necessidade de estender os cuidados especializados hospitalares para fora das suas estruturas físicas, na forma de Hospitalização Domiciliária (HD). Nesta modalidade, previamente recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), dada a evolução técnica e tecnológica recentes, aliada à crescente preparação dos profissionais de saúde e que tem vindo a ser desenvolvida, alargada e consolidada no nosso país, é fulcral a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A intervenção do EEER centra-se no controlo sintomático, na aplicação de um conjunto de técnicas no âmbito da Reeducação Funcional Respiratória (RFR), que potenciam a reexpansão pulmonar, otimizam a ventilação alveolar e contribuem para a melhoria da funcionalidade e da realização das Atividades de Vida Diária (AVD). Face ao exposto, destacamos como área temática a “Reeducação funcional respiratória em contexto de hospitalização domiciliária: A promoção do autocuidado na pessoa com pneumonia”.

Este percurso teve início com a elaboração de um projeto de estágio, onde foram identificadas as atividades a realizar, para alcançar os objetivos gerais e específicos estabelecidos, e adquirir e desenvolver as competências comuns, do Enfermeiro Especialista (EE), e específicas, do EEER, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Ensino, para a obtenção do grau de Mestre. Seguiu-se o ensino clínico, dividido por três contextos distintos da prática, onde foi possível verificar a eficácia das intervenções desenvolvidas pelo EEER na promoção do autocuidado e do bem-estar da pessoa. Para nortear o percurso escolhemos o pensamento teórico de Dorothea Orem perspetivando a intervenção do EEER enquanto agente de autocuidado, na maximização de capacidades, promovendo a recuperação da funcionalidade e a prevenção de complicações.

Palavras-chave: Autocuidado; Enfermagem de Reabilitação; Hospitalização Domiciliária; Pneumonia

ABSTRACT

Pneumonia is defined as an inflammatory pathology of the lung parenchyma, characterized by the loss of the elasticity and available space for indispensable gas exchanges. In Portugal, it is the leading cause of death by respiratory diseases, especially among the elderly, testing the limits of response of the health system, a reality that escalated during the recent pandemic and which forced the search for answers to face the massive demand for health care. One of the answers was the need to extend specialized hospital care outside its physical structures, in the form of Home Hospitalization. In this type of healthcare, previously recommended by the World Health Organization (WHO), given the recent technical and technological evolution, combined with the growing preparation of health professionals and which has been developed, expanded and consolidated in our country, the intervention of the Rehabilitation Nurse (RN) is crucial.

The intervention of the RN focuses on symptomatic control, on the application of a set of techniques within the scope of Functional Respiratory Reeducation, which enhances lung re-expansion, optimize alveolar ventilation and contribute to the improvement of functionality and performance of Daily Living Activities. Therefore, we highlight the “Functional Respiratory Reeducation in the Context of Home Hospitalization: Promotion of Self-Care in People with Pneumonia” as thematic area.

The learning began with the elaboration of an internship project, where the activities to be carried out were identified, to achieve the general and specific objectives established, and to acquire and develop the common skills of the Specialist Nurse, and specific, of the RN, defined by the Portuguese Nurses Order and recommended in the Dublin descriptors for the 2nd Cycle of the University Education, in order to obtain the master's degree. Clinical teaching followed, divided into three different contexts of practice, where it was possible to verify the effectiveness of the interventions developed by the RN in promoting self-care and the person's well-being. Dorothea Orem's theoretical thinking was chosen to guide this path, predicting the intervention of the RN as a self-care agent, in the maximization of the capabilities, promoting the recovery of functionality and the prevention of complications.

Keywords: Self-care; Rehabilitation Nursing; Home Hospitalization; Pneumonia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES.....	21
1.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	22
1.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	34
2. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Projeto de Estágio	
Apêndice 2 – Jornal de Aprendizagem 1	
Apêndice 3 – Jornal de Aprendizagem 2	
Apêndice 4 – Estudo de Caso 1	
Apêndice 5 – Estudo de Caso 2	

INTRODUÇÃO

A realização do presente Relatório de Estágio surge enquanto componente de avaliação da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do XI Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Teve como ponto de partida a realização de um Projeto de estágio (Apêndice I) no âmbito da Unidade Curricular Opção II que estabelece a área de estudo a operacionalizar em contexto de estágio. Nesse documento foram elaborados objetivos tendo por base as competências comuns e específicas para a aquisição do título profissional o EEER, tal como as competências a desenvolver para obtenção do grau de Mestre, segundo os descritores de Dublin.

A descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas nos contextos de estágio são o impulso para a continuidade de um percurso de enriquecimento contínuo de saberes que se prolongará pela vida profissional futura. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a), o EE detém competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados, competências que aqui se entendem como aquelas que decorrem da interligação entre a base educacional e a experiência prática (OE, 2019a). Deste profissional é expectável que o nível de eficácia da sua intervenção seja o reflexo da perícia na apreciação de cada situação, no estabelecimento de intervenções, na avaliação e reestruturação da sua intervenção, de forma individualizada, inovadora e com elevado nível de complexidade.

Assim, este relatório tem como finalidade comprovar um nível de intervenção que seja representativo do emprego de conhecimentos e capacidades que traduzam o desenvolvimento das competências comuns e específicas estabelecidas pela OE e o atingir das metas enunciadas pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos. Estas metas pressupõem a aquisição de conhecimento e capacidade de compreensão, respetiva aplicação, capacidade de realização de julgamento e tomada de decisão, capacidade de comunicação e competências de autoaprendizagem (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006).

Com base nestes pressupostos, definimos como tema a “RFR em contexto de HD: A promoção do autocuidado na pessoa com pneumonia”. A escolha deste tema surgiu do interesse pessoal e profissional na área, particularmente pelo fato de desempenhar funções num serviço de Pneumologia, com frequentes internamentos de pessoas com pneumonia, onde verifico a eficácia das intervenções desenvolvidas pelos EEER. Ao longo dos 25 anos prática profissional, tive a oportunidade de contactar com a crescente utilização técnicas de Reabilitação Respiratória (RR), tanto na fase aguda como nos períodos de recuperação, apercebendo-me das vantagens associadas a estas intervenções. Paralelamente, pude

constatar as múltiplas dificuldades sentidas e manifestadas pela pessoa com pneumonia, e sua família/cuidador, no processo de transição saúde/doença devido às limitações que experimentam. Por outro lado, surge da perspetiva de vir a integrar a equipa de HD da *minha* instituição, num período de particular interesse no alargamento desta filosofia de cuidados, impulsionados pela pandemia que teve início em março de 2020. Acresce às razões já mencionadas, o facto de a intervenção autónoma do EEER nas áreas da função respiratória e motora ser considerada como área de investigação prioritária, segundo a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE, numa perspetiva de desenvolvimento da Especialidade e de estruturação da tomada de decisão (OE, 2015a).

Pretendendo sustentar uma intervenção e assegurar a exigência científica deste percurso foi realizada uma revisão narrativa da literatura através de uma estratégia de pesquisa operacionalizada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, via Ebscohost. O objetivo da pesquisa foi responder à pergunta: “Quais as intervenções do EEER na RFR da pessoa com Pneumonia, em contexto de Hospitalização domiciliária, que promovam o autocuidado?”. Os descritores utilizados foram: “Pneumonia” (MM), “Patients” (MM), “RespiratoryTherapy” (MM), “BreathingExercises” (MM), “PulmonaryRehabilitation”, “HomeCareServices” (Keyword), “Hospital-Based” (Keyword) e “Self Care” (MM). A pesquisa foi delimitada aos artigos em Full-Text, com resumo disponível, idioma português, espanhol e inglês e limite temporal de cinco anos. Aos quatro artigos identificados nesta pesquisa, acrescentaram-se outras referências sobre a RFR na pessoa com pneumonia, nomeadamente, obras de referência nesta área; as orientações da OE já publicadas, as normas da Direção-Geral da Saúde, protocolos institucionais e trabalhos académicos desenvolvidos neste âmbito. Manteve-se um estudo acompanhado pelo Docente Orientador (DO) e Enfermeiros Orientadores (EO) dos locais de estágio sobre a temática, tendo sido possível identificar espaço de intervenção para o EEER na *minha* prática diária de prestação de cuidados, expondo de seguida o enquadramento obtido nesta pesquisa.

O termo pneumonia deriva do grego *pneumonia*, que significa inflamação do pulmão, e que tem na sua origem implícita a noção de infeção pulmonar causada pelo agente *Streptococcus pneumoniae*, um pneumococo, envolve as vias aéreas periféricas, alvéolos e interstício pulmonar e caracteriza-se pela substituição do ar dos alvéolos e ductos alveolares por um exsudado inflamatório e/ou infiltração celular inflamatória das paredes alveolares e espaços intersticiais (Brum & Froes, 2001). Este é um fenómeno que confere um padrão restritivo ao pulmão, por redução da expansão do parênquima pulmonar com perda da área útil para serem efetuadas as trocas gasosas, refletindo-se num aumento da frequência respiratória, na redução do volume corrente e na diminuição do índice ventilação-perfusão (Romão, Dias & Moreno, 2012; OE, 2018).

Normalmente causada por agentes bacterianos, a pneumonia pode apresentar uma etiologia viral, fúngica ou de outros agentes infecciosos sendo um dos critérios utilizados para classificação das pneumonias, muitas vezes *à posteriori* (Froes, Diniz, Mesquita, Serrado & Nunes, 2011). Podem ainda ser classificadas, em termos epidemiológicos, em Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), pneumonia associada aos cuidados de saúde, pneumonia adquirida em hospital ou nosocomial, ou pneumonia associada ao ventilador, procurando relacionar as circunstâncias clínicas e o ambiente onde é adquirida (Lawrence & Karahashian, 2021, Schub & Karakashian, 2021). O conhecimento que se tem, *à priori*, sobre os agentes etiológicos, é particularmente importante no tratamento da PAC, na medida em que o agente envolvido é uma bactéria em 60-80% dos casos, e o *Streptococcus pneumoniae* é responsável por 75% destas infeções, possibilitando uma antibioterapia empírica eficaz (Froes et al., 2011, Lawrence et al., 2021).

O número de internamentos associados à pneumonia tem vindo a aumentar refletindo-se nas taxas de hospitalização crescentes (2,8 para 4,3 por 1000 habitantes entre 2001 e 2011), em especial nos idosos, representando 78% do total de internamentos pela doença (Pessoa et al., 2020). A taxa de mortalidade, nas apresentações ligeiras da doença que não requerem internamento é inferior a 1%, entre 10-12% nas situações em que o internamento é necessário e aumenta para 40% até após um ano da doença com internamento, na faixa etária >65 anos (March & Schub, 2018, Hespanhol & Bárbara, 2019). Em 2018, estes doentes, com 65 ou mais anos contribuíram com 93% do total de óbitos por pneumonia em Portugal (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR], 2018) representando 5,1% do total de mortes, percentagem duas vezes superior em relação à média da União Europeia (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). Hespanhol et al. (2019) conduziram um estudo com 36366 doentes admitidos com pneumonia no nosso país concluindo que ter mais de 75 anos, estar institucionalizado, ou ter uma doença renal crónica, neoplasia do pulmão, demência, caquexia, doença cerebrovascular ou patologia cardíaca isquémica, constituíam-se como fatores de risco acrescidos para morrer desta patologia.

Assim, a gravidade e o prognóstico da pneumonia dependem da idade do paciente, da presença de comorbidades e do agente envolvido. Pode apresentar-se como uma infeção leve com sintomas respiratórios ou progredir para um quadro fulminante com falência de órgãos ou sépsis, potencialmente letal (March et al., 2018). As complicações a curto e longo prazo da pneumonia incluem derrame pleural, empiema, bronquiectasias, insuficiência respiratória, coagulopatia, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS¹) e exacerbação de comorbidades, como por exemplo, a insuficiência cardíaca ou a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (Lawrence et al., 2021).

¹ SARS - Severe Acute Respiratory Syndrome

Os sinais e sintomas da doença incluem febre, calafrios, tosse produtiva com expectoração purulenta e fétida, dor torácica pleurítica aguda que agrava com a inspiração, respiração rápida e superficial, fadiga, cefaleia e dor abdominal (Lawrence et al., 2021). No grupo etário >65 anos a apresentação clínica pode ser diferente. A febre, os calafrios, a mialgia e a toracalgia podem não estar presentes prevalecendo a tosse e taquipneia, com auscultação pulmonar caracterizada por crepitações e ausência de sibilos nos campos pulmonares afetados (Grief & Loza, 2018; Schub et al., 2021). Assim, o diagnóstico da pneumonia é clínico e/ou radiológico e o recurso a ferramentas como *Pneumonia Severity Index* (PSI) ou o Score de gravidade da PAC (CURB-65) permitem determinar o local mais seguro para realizar o tratamento, isto é, em ambulatório ou em internamento (DGS, 2011; Grief et al., 2018).

Em ambulatório, a antibioterapia empírica é o tratamento de eleição, mantendo-se a necessidade de auto-monitorização dos sinais e sintomas, o controlo das comorbilidades e, eventualmente, uma reavaliação radiológica ao fim de 48/72 horas (March et al., 2018). O tratamento em internamento inclui a antibioterapia endovenosa, analgesia, oxigenoterapia, inaloterapia, suporte nutricional e emocional, prevenção e tratamento de possíveis distúrbios metabólicos associados e referência para reabilitação física e respiratória, envolvendo uma equipa pluridisciplinar (Romão et al., 2012; Assunção, Pereira & Abreu, 2018; Grief et al., 2018). Nesta equipa, o EEER é o profissional de saúde ao qual lhe é reconhecida a capacidade de proporcionar um conjunto de intervenções terapêuticas, nomeadamente não farmacológicas, com o objetivo de melhorar as funções residuais, manter e recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e ortopédica (OE, 2010). Neste sentido, a RR como um processo holístico centrado na pessoa, tornou-se um padrão de cuidados recomendado à pessoa portadora de patologia respiratória, nomeadamente com pneumonia (OE, 2018). Ao EEER são reconhecidas competências especializadas na implementação de programas de RFR, complementando os tratamentos farmacológicos instituídos (Gomes & Ferreira, 2017).

A RFR é uma terapia não invasiva, sem efeitos adversos prejudiciais, considerada uma componente essencial nos cuidados integrados dos doentes respiratórios sustentada pela melhor relação custo-efetividade, redução das hospitalizações e redução dos custos em saúde (DGS, 2011; OE, 2018). Romão et al., (2012) defendem que a implementação de programas de RFR em pessoas com pneumonia só pode ser iniciada após estabilização do quadro de hipertermia grave e instabilidade hemodinâmica, pelo que é necessário manter uma vigilância constante dos sinais e sintomas complementando a avaliação clínica com os achados imagiológicos, auscultação pulmonar, oximetria periférica ou dados da gasometria

arterial, bem como os exames de avaliação laboratorial, úteis na identificação das pessoas que desenvolvem doença complicada.

Segundo Cordeiro & Menoita (2012) e Romão et al. (2012) a intervenção, na fase inicial, visa reverter a redução de volumes nos segmentos pulmonares e prevenir as atelectasias, responsáveis pela redução do índice de ventilação-perfusão. Os mesmos autores centram a intervenção na otimização da ventilação com a reexpansão pulmonar, com especial atenção à prevenção e correção de alterações posturais e à mobilização precoce. Com a evolução positiva do processo de doença, há uma redução da consolidação dos campos pulmonares e o aparecimento de tosse produtiva com eliminação de secreções. Assim, a intervenção recentra-se na drenagem de secreções e promoção de tosse eficaz de forma a manter a permeabilidade das vias aéreas, e ainda, na redução do trabalho respiratório e reeducação ao esforço (British Thoracic Society [BTS], 2009; Cordeiro et al., 2012; Romão et al., 2012; OE, 2018).

De modo a agregar um conjunto de procedimentos inerentes às intervenções acima delineadas, utilizei o Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de Enfermagem de Reabilitação para caracterizar, com maior clareza, a condição de saúde da pessoa com pneumonia neste processo terapêutico (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). De acordo com este documento orientador, o foco *ventilação* encontra-se comprometido pelo caráter restritivo da patologia conferindo padrões de hipoventilação, diminuição da ação dos músculos inspiratórios e aumento do trabalho respiratório (Nunes et al.; OE, 2018). É necessário modificar os padrões respiratórios ineficazes com base em técnicas que consciencializem a pessoa para a dinâmica e mecânica ventilatória de modo a potenciar a reexpansão pulmonar; devem ser instituídas técnicas de correção de assinergias ventilatórias e otimização da ventilação alveolar como o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, expiração com os lábios semicerrados, mobilização torácica e articular, reeducação diafragmática, reeducação costal seletiva e global, treino de músculos respiratórios com ênfase na inspiração e exercício de fluxo inspiratório controlado (Gomes et al., 2017; Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia, 2017).

No âmbito do foco *expetorar*, este apresenta diminuição da sua eficácia associado a alterações fisiopatológicas das vias aéreas, do sistema mucociliar e pela diminuição da força dos músculos inspiratórios e expiratórios, por vezes já comprometidos por patologias respiratórias crónicas, contribuindo igualmente para o comprometimento da ventilação e consequentemente da função respiratória (Raposo, Simão, Pestana, Mesquita & Sousa, 2019). São para este foco englobadas um conjunto de técnicas como a tosse eficaz, drenagem de secreções com manobras acessórias (percussão e vibração), drenagem postural, drenagem autogénica, *huffing* e a técnica da expiração forçada e ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR). Os dispositivos de oscilação externa (espirómetro de incentivo,

flutter, acapella) ou dispositivos mecânicos como *Cough assist* e dispositivos de pressão expiratória positiva (PEP), podem ser utilizadas nas atelectasias e nas consolidações, para potencializar a libertação das secreções dos segmentos mais distantes (Cordeiro et al., 2012; Strickland et al., 2013; OE, 2018; Kurtais et al., 2021).

Na redução do trabalho respiratório, o posicionamento da cabeceira entre 30 e 45° melhora a ventilação em repouso (OE, 2018), mas outros posicionamentos podem ser necessários em situações concretas no decurso do tratamento. A alternância entre o *fowler* ou *semi-fowler* e o decúbito lateral para o lado menos afetado, a cada 60-90 minutos, aumenta a oxigenação arterial do pulmão (Cordeiro et al., 2012).

À medida que o tratamento avança, a implementação de um programa de exercícios aeróbicos e exercícios resistidos pode trazer benefícios à pessoa com pneumonia sob forma de reeducação no esforço (Romão et al., 2012). O treino de marcha, subir e descer escadas, treino de equilíbrio, bicicleta ergonómica, exercício na água e natação contribuem para uma melhoria da funcionalidade e da realização das AVD (Cordeiro et al., 2012; OE, 2018). Por outro lado, quando o treino de exercício foi implementado ainda na fase aguda, verificaram-se maiores benefícios na capacidade funcional, força muscular periférica, dispneia e qualidade de vida, e redução dos custos em saúde (Bernard, Ribeiro, Maltais & Saey, 2014; Anderson & Corso, 2016). Em causa está a fraqueza muscular, abordada por Bartolomeu & Rodrigues (2021), presente nos doentes sujeitos a longos períodos de imobilização no leito, com alguns deles a perder cerca de 17,7% da fibra muscular esquelética nos primeiros 10 dias de permanência nos cuidados intensivos, e que pode ser revertida ou atenuada pela intervenção precoce e estruturada do EEER (Bartolomeu et al., 2021).

Quando as medidas farmacológicas e não farmacológicas associadas às intervenções do EEER acima descritas não revertem o quadro de insuficiência respiratória aguda podem ocorrer complicações sistémicas, presentes no processo do doente crítico². Desta forma, emergem outros focos de intervenção para o EEER. A Ventilação Não Invasiva (VNI), na modalidade Pressão Positiva Contínua nas vias aéreas (CPAP³) ou Pressão Positiva nas vias aéreas a dois níveis (BIPAP⁴), a entubação orotraqueal (EOT) e a ventilação mecânica invasiva (VMI) constituem terapias de suporte, muitas vezes iniciadas em enfermaria, que exigem quase sempre uma intervenção multidisciplinar e um ambiente de medicina intensiva (Cordeiro et al., 2012). Mais uma vez, a perícia do EEER no manuseamento, na adesão e na monitorização da VNI, contribuem não só para melhoria na oxigenação, redução da dispneia e da frequência respiratória, como contribuem para redução da taxa de EOT e duração média

² Definido como o indivíduo que sofre de falência de um ou mais órgãos ou sistemas e que a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Neves et al., 2000).

³ CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure* – Fornece pressão contínua durante todo o ciclo respiratório.

⁴ BIPAP – *Bi-level positive airway pressure* – aplica dois níveis de pressão na via aérea: um mais elevado na inspiração (IPAP) e outro mais baixo na Expiração (EPAP).

de permanência na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em doentes com PAC, especialmente nos doentes com DPOC associada (BTS, 2009; OE, 2018).

A VMI, surge como forma de substituição do processo respiratório, enquanto se tratam as patologias que levam à insuficiência respiratória e se recupera a capacidade pulmonar, no entanto, se por um lado conduz a um aumento do número de sobreviventes, estão associadas a esta técnica um conjunto de complicações não só decorrentes da técnica em si, mas derivadas do processo de sedação e imobilização prolongada (Zomorodi, Topley & McAnaw, 2012). O descondicionamento neuromuscular periférico e respiratório, a polineuromiopia e *delirium*⁵ são caraterísticos da Síndrome pós-cuidados intensivos e inclui todas as sequelas físicas, cognitivas, mentais e funcionais que podem persistir ou agravar mesmo depois da saída do ambiente de cuidados intensivos e hospitalar, aumentando o campo de ação e o espaço temporal da intervenção do EEER (Rosa, 2019).

Neste contexto de crescente procura de cuidados hospitalares, em associação com o processo de envelhecimento, aumento da esperança média de vida e consequentes comorbilidades e fatores socioeconómicos e epidemiológicos (nomeadamente uma pandemia), verifica-se um crescimento na necessidade de estender os cuidados hospitalares para além das suas fronteiras físicas, permitindo o tratamento tanto das pneumonias como de outras patologias. A HD, enquanto extensão de *camas* de internamento no domicílio do doente, constitui uma das soluções em franca expansão e que importa explorar.

O conceito de HD surge pela primeira vez em Nova Iorque, em 1945, com o objetivo de *libertar* camas hospitalares e proporcionar às pessoas, que careciam de seguro de saúde, uma cobertura de internamento hospitalar, criando um ambiente mais acolhedor no seu seio familiar. Nos anos 60 o conceito estende-se ao Canadá, numa perspetiva de cuidados pós cirúrgicos e mais tarde, num projeto piloto em Montreal, no Hôpital Extra-Mural, acrescenta-se como motivo a esta nova filosofia de cuidados a administração de antibióticos por via endovenosa a doentes agudos. Desde então, estas experiências disseminaram-se até à Europa, sofrendo alterações de adaptação ajustadas a cada Sistema de Saúde e às suas necessidades (Rodriguez, Cantero & Etxaniz, 2018).

Em Portugal, a primeira unidade de HD surgiu em 2015 no Hospital Garcia de Orta (HGO), tendo por base um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, da responsabilidade da unidade hospitalar de base (Cunha, et al., 2017; DGS, 2018). De acordo com a norma de HD em idade adulta da DGS (2018), para receber estes cuidados no seu domicílio, o utente tem de pertencer à área geográfica de influência do hospital, ter um diagnóstico clínico estável que, requerendo internamento, tenha estabilidade clínica e que as comorbilidades sejam

⁵O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante, com início súbito, que se caracteriza por declínio cognitivo global do nível de consciência e da atenção, atividade psicomotora aumentada ou diminuída, e alteração do ciclo sono-vigília (Prayce, Quaresma & Neto, 2018).

controláveis no domicílio. O mesmo documento aponta como outros critérios de inclusão a existência de condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade, a existência de telefone ou telemóvel e a aceitação das condições de tratamento através da assinatura do consentimento informado.

Em maio de 2021 contabilizavam-se 34 unidades em funcionamento no SNS, representando 3000 doentes tratados em 2019, 4830 em 2020 e 1640 no primeiro trimestre de 2021 (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [SPMI], 2021), numa tendência notoriamente crescente à medida que esta filosofia de cuidados foi sendo adotada pela generalidade das instituições hospitalares. As patologias mais frequentes incluem: *I)* patologia infecciosa aguda sob antibioterapia parentérica (nomeadamente infeção urinária e respiratória, onde se incluem as pneumonias); *II)* patologia crónica agudizada (p.e., DPOC, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e cirrose hepática); *III)* cuidados no pós-operatório como parte de um protocolo de transição de cuidados ou no tratamento de patologia médica crónica descompensada no contexto pós-cirúrgico; e *IV)* doentes em estadios terminal/paliativo que, transitoriamente, necessitem de cuidados e procedimentos terapêuticos complexos da responsabilidade exclusiva hospitalar (Cunha et al., 2017).

A HD assume-se como modelo interdisciplinar e capacitador centrado no cliente/família, que favorece a humanização dos cuidados e estimula a participação ativa, através do ensino personalizado em função das necessidades e dos recursos individuais, no contexto de vida de cada pessoa (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018). A OMS, já em 2008, no documento “HomeCare in Europe – the solid facts”, referia que os países europeus estão a enfrentar mudanças demográficas, sociais, tecnológicas, epidemiológicas e a sofrer pressões políticas que condicionam mudanças nos padrões tradicionais de cuidados, impulsionando a necessidade do «cuidar em casa» (OMS, 2008).

Para a European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP), os cuidados prestados no domicílio são a opção preferencial de muitas pessoas e são tendencialmente mais económicos do que os cuidados em instituições hospitalares (EOHSP, 2013). Dados do primeiro ano de HD do HGO salientam a redução de custos e uma maior satisfação com os cuidados. Especificamente revelaram: *i)* Menor tempo de internamento; *ii)* Menores efeitos secundários - menor perda funcional, zero infeções adquiridas; *iii)* Baixa taxa de mortalidade (0,97%); *iv)* Maior satisfação de clientes e profissionais; *v)* Menor custo direto - custo médio HD de 1029€, no Serviço de Medicina de 1621€; custo por dia de internamento de 117€, no Serviço de Medicina de 161€ (Delerue & Correia, 2018).

São relatadas como vantagens da HD: *i)* Maior disponibilidade para o cliente e oferta de tratamento diferenciado de nível hospitalar no conforto da residência dos clientes; *ii)* Mais educação para a saúde; *iii)* Maior envolvimento do cliente e famílias no processo de doença/cuidar; *iv)* Melhor articulação com cuidados de saúde primários, com a continuidade

de cuidados assegurada através de reuniões conjuntas de passagem para os cuidados de saúde primários no domicílio do doente; v) Maior satisfação dos profissionais de saúde; vi) Menor deterioração do estado funcional dos clientes. (Cunha et al., 2017). No entanto, este contexto requer um enfermeiro altamente qualificado, e *polivalente*, detentor de amplas competências clínicas e assistenciais e grau de autonomia para desenvolver o seu trabalho, realizando acompanhamento contínuo dos seus doentes, com condições agudas e crónicas, em parceria com a família e a comunidade, e com equilíbrio de ações *curativas* e preventivas (Andrade, Silva, Seixas & Braga, 2017). Este assume uma posição privilegiada e representa, em número, a maioria da equipa (Dowell, Moss & Odedra, 2018) pois está presente em todas as visitas domiciliárias. Nele recai a função de diagnosticar problemas de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, prescrever e executar intervenções, articular com os seus pares dentro do hospital e nas outras unidades de saúde, em especial as unidades de cuidados primários e cuidados continuados, para que possa ser dada continuidade ao plano de cuidados (HGO, 2018).

A dependência no autocuidado, prévia ou exacerbada pelo internamento associado à pneumonia, define-se como um foco central no processo de cuidados dos EEER, numa orientação para capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõem cada um dos diversos domínios do autocuidado (Marques-Vieira & Caldas, 2016). A presença do cliente no seu ambiente do dia-a-dia reforça a necessidade do EEER na equipa multidisciplinar, pois este concebe programas de reeducação funcional a vários níveis e de treino de AVD facilitando o processo de recuperação e regresso ao quotidiano (OE, 2018).

Tendo em conta estas especificidades, optei por uma prestação de cuidados norteada pela teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001), pela possibilidade de a poder aplicar em todos os contextos de estágio. Queirós, Vidinha & Almeida Filho (2014) refere que os conceitos desenvolvidos nos modelos teóricos se tornam centrais para a definição da natureza de uma disciplina e para a identificação da sua matriz conceptual. Do mesmo modo, a apropriação deste modelo estruturante do pensamento e da linguagem, permitiu criar uma conceção da intervenção do EEER, através da promoção de capacidades adaptativas às limitações e incapacidades com vista à sua capacitação para o autocuidado e à sua maximização funcional (Regulamento nº 392/2019, 2019).

O autocuidado, elemento central do trabalho de Orem, assume-se como uma ação reguladora e estrutural, desempenhada pela própria pessoa, ou por alguém que o realiza por ela, com o intuito de preservar a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001). Petronilho (2012) descreve o autocuidado como uma atividade aprendida e realizada de forma contínua e intencional ao longo da vida para responder às necessidades individuais estando associado à autonomia, independência e responsabilidade. O mesmo autor relaciona a evolução de muitas doenças para um padrão crónico com a necessidade dos indivíduos serem capazes

de gerir a doença, com o autocuidado a assumir o papel de recurso, tanto na promoção da saúde como na gestão adequada dos processos de saúde-doença. Neste sentido, o autocuidado é representado por dois conceitos distintos, mas correlacionados: o agente de autocuidado e o comportamento de autocuidado (Orem, 2001).

O agente de autocuidado refere-se à capacidade de uma pessoa desenvolver comportamento de autocuidado nos diversos domínios, incluindo o domínio cognitivo, através do conhecimento da condição de saúde, das capacidades de autogestão e de tomada de decisão; o domínio físico, que se traduz na capacidade física para levar a cabo as ações de autogestão; o domínio emocional ou psicossocial, que abrange atitudes, valores, desejos e motivação bem como competência percebida para desenvolver as ações de autogestão, e finalmente, o domínio comportamental, que se refere às capacidades necessárias para desenvolver o comportamento de autocuidado (Petronilho, 2012).

O comportamento de autocuidado consiste na prática de atividades que as pessoas iniciam e executam num determinado período de tempo, no interesse próprio da manutenção da vida, do funcionamento saudável, da continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar (Orem, 2001). Os domínios que compreendem o comportamento de autocuidado estão definidos em relação a requisitos universais, requisitos de desenvolvimento e requisitos dos desvios de saúde. Os requisitos universais debruçam-se sobre os processos básicos de vida, os requisitos de desenvolvimento centram-se nas mudanças do ciclo de vida e os requisitos dos desvios de saúde relacionam-se com os cuidados de saúde apropriados, tais como vigilância de saúde ou a procura de cuidados de saúde.

No indivíduo com pneumonia, o desequilíbrio entre a capacidade de autocuidado e a quantidade de autocuidado necessária para manutenção do bem-estar e da vida pode encontrar-se alterado, com necessidade de intervenção de um cuidador (denominado de agente de autocuidado). Quando a necessidade de autocuidado se sobrepõe à capacidade da pessoa e do agente de autocuidado, a intervenção do Enfermeiro é necessária e estabelece-se como uma ação compensatória ou de ajuda, de forma a dar resposta às necessidades (Orem, 2011). Esta resposta encontra-se estruturada em duas das três teorias de enfermagem do modelo do autocuidado de Orem: *Teoria do Défice de Autocuidado* e *Teoria dos Sistemas de Enfermagem*.

A *Teoria do Défice de Autocuidado* explica as necessidades individuais de autocuidado quando as pessoas não têm capacidade para as satisfazer decorrentes de episódios de doença incapacitante como a pneumonia. Deste modo, quando as pessoas são incapazes de satisfazer as suas próprias necessidades necessitam da ajuda de um familiar ou cuidado informal. Nesta teoria existem três métodos pelos quais os enfermeiros ajudam os clientes/famílias a suprimir as suas necessidades: agir para fazer ou para orientar e dirigir,

fornecer suporte físico ou psicológico e fornecer ou manter um ambiente de apoio e ensino (Queirós et al., 2014).

A *Teoria dos Sistemas de Enfermagem* descreve um conjunto de intervenções ao nível dos cuidados de enfermagem para ajudar as pessoas a recuperar o autocuidado: o *sistema de apoio-educativo* remete para um enfermeiro que ajuda, fornecendo a educação e o apoio psicológico; o *sistema de compensação parcial* é utilizado em pessoas que necessitam de um nível moderado de cuidados, sendo capazes de vir a assumir as responsabilidades pelo seu autocuidado, com a intervenção dos cuidados de enfermagem, num período transitório; o *sistema totalmente compensatório* é destinado às pessoas que são incapazes de cuidar de si e o enfermeiro fornece todas as atividades necessárias no sentido manter a vida ou o funcionamento fisiológico da pessoa (Queirós et al., 2014). É da conjugação dos dois primeiros sistemas (*apoio-educativo* e *compensação parcial*) que, maioritariamente, a intervenção do EEER se desenvolve no contexto de HD. De facto, este doente com pneumonia, que requer internamento e cuidados especializados, é selecionado por critérios de estabilidade clínica e com comorbilidades controláveis no domicílio (DGS, 2018), configurando um doente menos grave dos que se encontram na instituição hospitalar.

Em suma, a teoria de Orem permite compreender na necessidade de cuidados de Enfermagem e como estes podem responder às exigências levantadas pelo défice instalado (Tomey & Alligood, 2004), associado a um desvio de saúde, aqui representado pela pneumonia. Do mesmo modo, permite compreender o que é a enfermagem e porque é que em determinada altura, e sob determinadas condições, as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem (Orem, 2001).

Compreendida a pertinência da área temática escolhida, importa identificar quais os objetivos gerais delineados para o estágio, que procuraram responder diretamente ao intuito deste percurso, nomeadamente:

- Desenvolver competências comuns do EE no âmbito da conceção, gestão e supervisão de cuidados.
- Desenvolver competências de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
- Desenvolver competências na RFR da pessoa com pneumonia e sua família, na promoção do autocuidado, em contexto de HD.

Os locais de estágio planeados inicialmente, contexto de HD seguido do contexto na comunidade, foram ajustados em função das limitações impostas pela pandemia, pela indisponibilidade em receber estudantes, pelos riscos biológicos envolvidos e pelas

constantes reestruturações de equipas e espaços físicos afetos à COVID-19⁶. Com o desenrolar da crise pandémica tivemos oportunidade de intervir em três contextos diferentes por forma a atingir os objetivos acima traçados. De 23 de novembro de 2020 a 5 de fevereiro de 2021 o ensino clínico decorreu num Serviço de Pneumologia de um Centro Hospitalar de Lisboa, de 8 de fevereiro de 2021 a 16 de abril de 2021 numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) em Lisboa e de 19 de abril 2021 a 30 de abril de 2021 num Serviço de Hospitalização Domiciliária, também de um Hospital da área metropolitana de Lisboa.

Quanto à estrutura, este relatório divide-se em três partes. A primeira corresponde a esta introdução, na qual se identificou, justificou e realizou um enquadramento conceptual à temática da Pneumonia, nomeadamente diagnóstico e tratamento, bem como as atuais linhas orientadoras e respetivos ganhos que advêm da evidência científica relativamente à RFR à pessoa com esta patologia. Enquadrámos ainda a HD enquanto contexto e filosofia de cuidados e justificámos a opção pelo modelo teórico de Orem enquanto linha condutora de todo o processo de promoção do autocuidado.

Seguidamente, é realizada uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas no estágio, apresentadas separadamente, de acordo com o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEER, de acordo com os objetivos específicos traçados para cada uma das competências.

Por último, na avaliação das aprendizagens é realizada uma apreciação global do percurso e uma sistematização das aprendizagens, incluindo-se considerações sobre os principais contributos de todo este percurso, dificuldades e oportunidades experienciadas, finalizando-se com a conclusão do documento.

⁶ COVID-19: doença causada por um novo coronavírus denominado SARS-CoV-2, comunicado à OMS a 31 de dezembro de 2019, após o relato de um grupo de casos de "pneumonia viral" em Wuhan na República Popular da China (WHO, 2021). Os sintomas mais frequentes são: febre, tosse, cefaleias, dor generalizada, dificuldade respiratória, anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito. Nos casos mais graves progride para pneumonia com insuficiência respiratória aguda, falência renal e de outros órgãos, ou morte (Ministério da Saúde [MS], 2021).

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES

O exercício de análise e reflexão sobre o percurso realizado, apresentado neste capítulo, descreve a aquisição das competências comuns e específicas do EE ao longo do ensino clínico que decorreu nos três contextos identificados anteriormente. Ainda na fase de projeto delineámos objetivos, gerais e específicos, de acordo com os Regulamentos n.º 140/2019⁷ (2019) e n.º 392/2019⁸ (2019), da OE, e os descritores de Dublin, por forma a suportar o percurso de aprendizagem para a obtenção do grau de Mestre. Nestes descritores é salientada a necessidade de aprofundar, integrar e aplicar conhecimentos com inovação; desenvolver a capacidade de solucionar problemas em diversos contextos e com recurso a equipas multidisciplinares, ou emitir juízos em situações com soluções limitadas; comunicar de forma clara as conclusões obtidas e o raciocínio subjacente, bem como a aquisição de competências que promovam uma aprendizagem autónoma ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 107/2008, 2008).

Assim, o espaço de intervenção e o nível de competência do EEER decorre do aprofundar das aptidões gerais nos diferentes campos de atuação do enfermeiro generalista, pela obtenção de uma especialização clínica, que confere um conjunto de competências transversais a todo o EE e um conjunto de competências específicas (OE, 2019b).

As competências comuns do EE procuram um nível elevado de diferenciação na capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, envolvendo as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança. Por outro lado, a atribuição do título de especialista pressupõe a responsabilidade de descodificar, disseminar e produzir investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019a). As competências específicas do EEER procuram atingir a máxima funcionalidade da pessoa com deficiência e ou limitação da atividade com ou sem restrição da participação, promovendo a reinserção e exercício de cidadania ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos de prática de cuidados (OE, 2019b).

Por forma a melhor organizar este relatório e tornar perceptível a descrição deste percurso, irei abordar em primeiro lugar a aquisição das competências comuns do EE e só posteriormente serão desenvolvidas as competências específicas do EEER, mantendo os vários objetivos e atividades que serviram de alicerce à operacionalização do projeto de estágio (Apêndice 1) e que conduziram o percurso ao longo do ensino clínico. Nem todas as atividades propostas e objetivos traçados foram alcançados, tendo em conta que a linha

⁷ Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a)

⁸ Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019b)

cronológica inicialmente delineada para a realização dos estágios, foi sendo sucessivamente ajustada ao contexto pandémico que atravessou todo o percurso; pese embora este facto, em alguns momentos, contribuiu para o enriquecimento das situações experienciadas, muitas delas nunca experienciadas pelos profissionais de saúde.

1.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Este percurso formativo teve início num serviço de internamento hospitalar, na área da Pneumologia, em tudo similar à minha realidade profissional. Este serviço tinha a particularidade de receber exclusivamente doentes provenientes das Unidades de Cuidados Intensivos afetos à COVID-19 (UCI-COVID), num momento de grande pressão sobre as instituições hospitalares nomeadamente na gestão seus recursos físicos e humanos, na reorganização dos espaços e dos circuitos. Num segundo momento, em contexto de comunidade, numa ECCI de uma UCC, a realidade dos doentes encontrados foi mais abrangente no que toca às patologias encontradas, mantendo-se um grande número de pessoas que, após alta por COVID-19, apresentavam grandes défices ao nível respiratório e motor, exigindo uma articulação eficaz com todas as estruturas assistenciais. Por último, e com duração de três semanas, o estágio desenvolveu-se em contexto de HD, juntando e potenciando as aprendizagens desenvolvidas nos dois momentos anteriores, nomeadamente nas dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança, mantendo o foco na investigação, nomeadamente sobre a COVID-19, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O primeiro objetivo específico delineado é transversal aos três contextos de estágio e refere-se às competências comuns do EE, no que diz respeito ao domínio da **Responsabilidade profissional, ética e legal** e do **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**: *Desenvolver uma prática profissional especializada, de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão e baseada em processos de tomada de decisão, suportados pela melhor evidência científica.* Este objetivo suportou o desenvolvimento de competências, especificamente a competência A1, no âmbito do desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo intervenção, a competência A2, relacionada com a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e a competência D2, que garante o suporte de uma *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; foi o objetivo que mais desafios colocou na fase de integração nos locais de estágio.

O processo de integração, iniciado nas entrevistas realizadas aos responsáveis dos serviços, aquando da realização do projeto de estágio e nas semanas que antecederam o início da prática clínica, permitiu a recolha de informação referente a valores, normas e padrões de comportamento essenciais para cada organização. Constituiu, como refere Gonçalves (2013), uma forma de clarificação das responsabilidades e consequente predisposição (atitude) para a aquisição de competências.

No que diz respeito ao primeiro estágio, no Serviço de Pneumologia, a fase de integração foi facilitada pela familiaridade com as patologias do foro respiratório (nomeadamente a pneumonia), suavizando o primeiro impacto com a realidade da prestação de cuidados especializados na área de reabilitação. Nesta fase, as duas Enfermeiras Orientadoras (EO) apresentaram o espaço físico, os recursos humanos e materiais que incluíram os produtos de apoio, direcionados essencialmente para a RR, as escalas e instrumentos de avaliação mais utilizados. Facultaram o projeto na área da melhoria da qualidade em curso referente ao cliente com DPOC, revelaram a sua experiência na supervisão clínica e demonstraram empenho no meu processo de desenvolvimento. Foi importante perceber que as expectativas positivas esperadas para o meu desempenho seriam *escrutinadas* com recurso ao *feedback*⁹ e à orientação constantes. A equipa é constituída por 12 enfermeiros generalistas e 3 EEER - uma ocupava o cargo de chefia, uma outra desenvolvia a sua atividade em horário fixo e substituía a chefe na sua ausência, e o terceiro elemento fazia horário rotativo o que permitiu conhecer todas as vertentes de intervenção destes EE. A organização dos cuidados é realizada segundo o método de *enfermeiro responsável*, pela atribuição de doentes a seu cargo em função do grau de dependência, apoiado no *score* atribuído pela plataforma SClinico¹⁰. São, no entanto, *visíveis* outras formas de organização dos cuidados; a equipa é constituída por enfermeiros com diferentes níveis de formação e capacidades, impulsionando, em muitos momentos da jornada de trabalho, a aplicação do *método de trabalho de equipa*, aproveitando as capacidades de todos os enfermeiros, apoiando os menos experientes, fomentando a liderança e a comunicação, como refere Silva (2017). Em simultâneo, desenvolvem-se atividades próprias do modelo de *gestor de caso*, onde o enfermeiro que admite o doente fica responsável pela articulação com a família e com a equipa multidisciplinar durante a sua estadia até ao momento da alta,

⁹O *feedback* é um processo interativo com o objetivo de promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho (Albuquerque, 2021).

¹⁰ O SClinico é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde, centrado no doente. Tem por objetivo uniformizar os procedimentos dos registos clínicos, homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente no desempenho do seu papel na equipa multidisciplinar (MS, s.d.a).

incluindo a capacitação dos cuidadores ou o encaminhamento para respostas assistenciais externas. Enquanto estratégia, este último modelo pretende fomentar a aplicação do Processo de Enfermagem e facilitar o planeamento da alta (Silva, 2017).

A grande dificuldade sentida nesta fase de integração foi a separação entre os cuidados que habitualmente presto enquanto enfermeiro generalista e as dinâmicas associadas à prestação de cuidados especializados do EEER, provocando-me alguma insegurança e até algum desconforto, demonstrando como também eu estava a passar por uma “transição”. De acordo com Meleis (2012), nos estádios de desenvolvimento de vida, a pessoa experimenta fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro, caracterizando-se esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. A mesma autora refere que a transição implica mudança de estado de expectativas e habilidades com a necessidade de incorporar novos conhecimentos. Para isso foram muito importantes a experiência e a orientação das EO para manter o foco de atenção neste novo papel, fomentando uma colheita de dados dirigida à identificação das necessidades de reabilitação de cada cliente, a validação dos conhecimentos teóricos agora colocados em prática e a reflexão sobre os resultados alcançados em função dos esperados. A observação e demonstração de técnicas de RFR por parte das EO, revelou-se positiva e facilitadora no início de desenvolvimento de uma prática de cuidados especializados

Outro desafio inicial foi a intervenção junto do doente crítico proveniente da UCI–COVID, admitidos na Unidade de Ventilação Não Invasiva (UVNI) do serviço. Esta situação reforçou necessidade de um estudo acompanhado pelas EO, no sentido perceber quais as dinâmicas de reabilitação instituídas nestas unidades, quais os benefícios e os riscos associados as estas práticas e quais as competências do EEER neste âmbito, conclusões que exponho mais à frente. Perante este cliente hemodinamicamente instável, muitas vezes sob suporte ventilatório ou com aporte suplementar de oxigénio, foi possível perceber a importância da monitorização constante de parâmetros como a oximetria, a frequência cardíaca ou os valores da gasometria disponíveis pela avaliação dinâmica da linha arterial. Reconhecendo que há um aumento de esforço cardiovascular e um aumento do consumo de oxigénio associado às intervenções de reabilitação, como referem Bartolomeu et al. (2021), esta monitorização permitiu adequar a intensidade, a duração e frequência das técnicas e ajustar o aporte de oxigénio. Com isto otimizamos o processo de reabilitação e promovemos a segurança das nossas intervenções, replicando-as ao longo do ensino clínico.

Em ECCI, a integração foi mais desafiante por ser uma realidade distinta da anterior, desconhecida para mim, mas facilitada pela menor pressão em relação ao tempo disponível para cada doente e por uma intervenção mais dilatada na linha cronológica. Tive necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o funcionamento da Rede Nacional de Cuidados

Continuados Integrados (RNCCI) e da ECCI, especificamente, embora o vasto conhecimento neste campo por parte da EO e a seleção dos materiais de apoio que disponibilizou - Manual de acolhimento, procedimentos e normas – permitiram a distinção das diferentes respostas, respetivos destinatários e a articulação em rede. As plataformas de registo (SClínico e Plataforma da RNCCI), que não dominava, exigiram um esforço suplementar no sentido de compreender a dinâmica da introdução dos dados, de levantamento dos diagnósticos sensíveis aos cuidados do EEER e perceção dos resultados obtidos. Apesar desse constrangimento, o método de trabalho por *gestor de caso* adotado afirmou-se como uma mais-valia no acompanhamento contínuo de cada cliente por períodos que podiam ir até aos 60 dias. Este método permitiu aprofundar a relação de parceria, pilar das relações estabelecidas com o cliente/família alvo da nossa intervenção, e permitiu a busca de significado para a experiência de saúde e doença, implicando o respeito pelas suas decisões. De acordo com Royal College of Nursing (RCN) (2007), o respeito pela opinião e escolhas do cliente/família no processo de cuidados é essencial, tal como é necessário garantir a educação para que essa decisão possa ser tomada de forma segura, responsável e consciente das suas consequências. A título de exemplo descrevo uma situação de uma idosa que teve alta para o domicílio, após episódio de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo sido acompanhada em ECCI. Apesar da possibilidade de recuperar de parte dos défices motores resultantes do AVC, a sua situação oncológica em fase terminal, impossibilitava a realização de um conjunto de exercícios considerados simples, como por exemplo mobilizações passivas, pela instalação súbita de um quadro de dispneia e dor intensas; para além do grande desconforto, a angústia nesta senhora era uma realidade. Por outro lado, a filha cuidadora esperava, com a nossa intervenção, o restabelecimento do grau de autonomia prévio ao episódio de doença aguda, tendo sido necessário encontrar um ponto de equilíbrio entre a vontade e a expectativa de cada uma, suportando a decisão na experiência e no conhecimento que nos eram conferidos. As decisões foram tomadas tendo por base o bem-estar físico, emocional e social da pessoa/família e o respeito pela sua intimidade, privacidade e dignidade (Regulamento n.º 338/2017, 2017). Assim, a nossa intervenção, em parceria, passou pelo controlo sintomático e pela gestão do regime terapêutico, pela capacitação da filha para a realização das AVD da sua mãe, nomeadamente ao nível do alimentar-se, mobilizar-se e eliminar.

De realçar que as ECCI, integradas nas UCC, prestam cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, que não podem deslocar-se de forma autónoma, devendo garantir apoio psicoemocional, apoio no desempenho das AVD, promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia e,

participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais (Portaria nº50/2017, 2017).

Neste estágio saliento a participação na reunião interdisciplinar semanal, na discussão de todos os casos, intervindo nas situações que considere pertinentes relativamente aos utentes e famílias que pude acompanhar. Nestas reuniões participavam todos os enfermeiros que faziam parte da ECCI (4 EEER, 1 Especialista de Saúde Comunitária e um Especialista em Saúde Materno-infantil), duas Assistentes Sociais, uma Psicóloga e uma Médica que dava apoio à UCC, tendo por base objetivos partilhados e comuns, centrados na pessoa, previamente acordados pelos diferentes intervenientes e o cliente e/ou família/cuidador. Santos (2021) caracteriza a equipa interdisciplinar como aquela que desenvolve todo o processo centrado na partilha de conhecimentos, experiências e responsabilidades distintas, mas complementares, num clima de confiança e respeito mútuo. Resultaram desta partilha a otimização da terapêutica, a marcação de consultas de especialidade, o encaminhamento para os recursos disponíveis na comunidade ou outros técnicos especializados, mantendo o foco no potencial de reabilitação de cada pessoa e no estabelecimento de objetivos para a intervenção da equipa junto de cada cliente e família/cuidador.

Por último, a integração em HD, iniciada semanas antes com duas entrevistas telefónicas com o responsável da unidade e pela consulta prévia dos documentos de apoio enviados por email, passou pela apresentação da equipa e filosofia de cuidados inerentes a esta modalidade de internamento hospitalar. Constituída por onze enfermeiros, cinco dos quais EEER, a equipa integra cinco médicos, um farmacêutico, uma dietista, um técnico de serviço social e uma secretária, acompanhando cerca de 20 utentes diariamente. O dia começa com uma reunião conjunta onde se analisa a admissão e evolução de cada cliente e se procede aos ajustes necessários para otimizar o seu tratamento. Deste planeamento faz parte a atribuição de cada caso aos EEER, em função das necessidades de cuidados de reabilitação, nomeadamente de RFR em pessoas com infeções do trato respiratório ou por descompensação da DPOC, tendo acompanhado sobretudo clientes com pneumonia. Dentro da equipa, os clientes são também referenciados aos EEER pelos pares generalistas e pelos clínicos que os acompanham, de modo a realizar uma avaliação inicial e o planeamento das intervenções específicas da sua área de intervenção. Neste contexto, o método de trabalho por *enfermeiro responsável* permite a criação de uma relação mais profunda entre enfermeiro/cliente, promovendo a personalização, a continuidade dos cuidados e a segurança do cliente desde a admissão até a alta (Silva, 2017). A primeira visita do dia é realizada em equipa, constituída por médico e enfermeiro e contempla, entre outras atividades, uma avaliação conjunta dos parâmetros vitais, auscultação pulmonar e administração de terapêutica. O escutar o cliente e família acerca da sintomatologia

apresentada e da evolução percebida assume lugar de destaque na decisão de ajustar o plano de intervenção ou até mesmo optar por regressar ao hospital. Por outro lado, o EEER completa a colheita de dados e procede à definição de objetivos de reabilitação e à elaboração de um plano de intervenção que tem início de imediato; em muitas situações, consideram-se visitas diárias para implementação do plano definido. Pela quantidade de meios humanos e tecnológicos envolvidos, nomeadamente ao nível da perfusão de terapêutica antibiótica, pela dinâmica de admissão e de acompanhamento que a HD encerra, a integração neste contexto foi facilitada pelo estudo prévio desta filosofia de cuidados, abordada na introdução deste documento. Por outro lado, percebi a necessidade de ter um enfermeiro altamente qualificado e *polivalente* neste contexto, detentor de amplas competências clínicas e assistenciais e grau de autonomia, como refere Andrade et al. (2017). Nesta fase do percurso, sentia que fazia um bom uso da plataforma SClinico, e rentabilizava o tempo na consulta da informação, na elaboração e reestruturação de planos de intervenção, e na articulação com outros serviços. A informação relativa à história de doença atual e comorbilidades, foi tratada de forma criteriosa e meticulosa, tendo sido partilhada apenas com os profissionais relevantes e envolvidos em cada situação, indo ao encontro mais uma vez, do que se encontra descrito no Código Deontológico do Enfermeiro (artigo 106º), respeitando escolhas do indivíduo (artigo 105º). Nos seus estatutos, a OE (2015b) determina que o enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (p. 74). Do mesmo modo, o processo de julgamento clínico e de tomada de decisão, que implica tanto competências técnico-científicas como capacidades relacionais, foram aplicadas após uma adequada interpretação do contexto de cada prática (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

Concluindo, para a obtenção de conhecimento aprofundado dos contextos e da equipa interdisciplinar que nele intervém, tal como a sua articulação dentro e fora dos serviços, reunimos normas, protocolos e recursos existentes, ainda no período de integração, pesquisamos evidência científica capaz de fortalecer a tomada de decisão e proporcionar inovação nas intervenções realizadas, participando na tomada de decisão. Do mesmo modo, as relações estabelecidas com as pessoas com as quais intervimos foram pautadas por valores universais, nomeadamente a igualdade, a liberdade e capacidade de escolha, a verdade e justiça, o altruísmo e a solidariedade, e a competência e o aperfeiçoamento profissional (Lei nº 156/2015, 2015, 2015).

No domínio da **Melhoria contínua da qualidade (domínio B)** elencámos um segundo objetivo: *Desenvolver uma prática profissional especializada assegurando a melhoria contínua da qualidade*. Este objetivo é suportado pelas competências B1, garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégias institucionais na área da governação clínica; B2, desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3, garante um ambiente terapêutico e seguro.

A qualidade é definida por Dias (2014) como um termo aparentemente subjetivo e abstrato, assente em pilares como a eficácia, eficiência e equidade, permitindo extrapolar a *qualidade em saúde* como a forma de garantir e maximizar o bem-estar dos utentes, famílias e comunidades, de forma equitativa, mantendo um equilíbrio entre os ganhos em saúde e as perdas inevitáveis. Segundo o mesmo autor, a comunicação e a informação fornecida, o apoio emocional, a disponibilidade constante e os cuidados técnicos de excelência, associados ao cuidado centrado no cliente/família são determinantes para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e para a sua melhoria contínua, e concorrem para um ambiente terapêutico seguro. Na situação descrita no jornal de aprendizagem 1 (Apêndice 2) foi possível usar a comunicação como instrumento essencial no processo terapêutico.

Em causa o Sr. M.S., de 72 anos de idade internado no serviço de Pneumologia, sobrevivente da COVID-19 após 5 semanas de VMI, em programa de reabilitação, referenciado para uma unidade de convalescença (UC) pela manutenção da insuficiência respiratória parcial, perda de força nos membros inferiores, associada à miopatia dos cuidados intensivos, sob terapêutica ansiolítica pelo *delírium hiperativo* que manteve desde a sua passagem pela UCI-COVID. A pressão sobre os serviços, que se verificava naquele período, determinava a necessidade de gestão mais criteriosa de vagas para acolher as situações mais complexas. Desde a avaliação inicial percebi que o cliente, com marcada hipoacusia, não tinha interiorizado a maioria dos exercícios de fortalecimento muscular e de treino de equilíbrio, encontrando-se revoltado com a possibilidade de uma eventual alta para outra instituição. Por outro lado, não queria ter alta para o domicílio com aporte de oxigénio por considerar que esse cenário não lhe permitiria ter o nível de qualidade de vida que tinha antes do internamento. Em função disso, e em conjunto com a equipa, desafiei o doente a colaborar num plano de otimização do potencial recuperável, com uma consciência acrescida da necessidade de adequar a linguagem, verbal e não verbal, também pelo facto de a máscara de proteção individual constituir mais um entrave à comunicação. Foi possível perceber as múltiplas dúvidas e incertezas decorrentes da dificuldade em processar a informação de cada um dos elementos da equipa e tentaram transmitir, nomeadamente os ensinamentos de promoção da sua recuperação. A postura, a atitude e a exemplificação dos exercícios foram centrais no ensino e no treino dos exercícios propostos. A reestruturação deste plano teve como objetivos específicos reduzir a fadiga e sensação de dispneia,

melhorar a força muscular, a tolerância ao exercício e a capacidade funcional para a realização das AVD. Uma semana após o início deste programa, os expressivos ganhos obtidos traduziram-se na realização das AVD sem dispneia, sem necessidade de aporte de oxigênio, na suspensão da terapêutica ansiolítica e no regresso a casa para junto da esposa. O pedido de colaboração da equipa da ECCI da sua área de residência foi mais uma peça chave no regresso ao domicílio onde manteve os exercícios aprendidos e treinados no hospital.

Com este exemplo saliento importância do uso adequado da comunicação para o desenvolvimento de uma relação terapêutica no que diz respeito à implementação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) e a importância da gestão de expectativas e do estabelecimento de objetivos realistas. Mais uma vez, a comunicação foi terapêutica uma vez que objetivou os cuidados, beneficiando a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada (Bertone, Ribeiro & Guimarães, 2007). Do mesmo modo, a qualidade das interações entre a equipa, a comunicação e a coordenação dos cuidados foram fulcrais para a manutenção de um ambiente de cuidados de qualidade, promotor de segurança, para o utente e para os profissionais. Segundo Potra (2015), o empenho, a atitude, o comportamento, e o respeito pelos valores, costumes, e religiões são também determinantes para a qualidade dos cuidados em enfermagem.

Nos três contextos apresentei o meu projeto de estágio aos pares, ainda na fase de integração, partilhando a informação disponível até ao momento sobre a temática, mostrando abertura para acolher informação relevante e solicitei a colaboração da equipa para atingir os objetivos propostos. A capacidade de diálogo no seio da equipa, tal como refere Santos (2021), implicou a existência de um elevado nível de competências, atitudes e valores que permitiram o respeito e a confiança mútua, a valorização da nossa área de intervenção e a adequação constante dos objetivos traçados. Do mesmo modo, a equipa de EEER do serviço de Pneumologia apresentou o projeto da DPOC baseado no treino das técnicas de reeducação funcional respiratória, na gestão de esforço, na aprendizagem de técnicas de conservação de energia, na gestão do regime terapêutico, evicção tabágica e medidas de higiene e de dietética. Porém, em contexto de pandemia, o foco dos cuidados centrou-se sobretudo na recuperação dos doentes provenientes das UCI-COVID pelo que o projeto de melhoria da qualidade dos cuidados do serviço não foi desenvolvido na sua plenitude. Em todo o caso, a existência destes projetos demonstra como a temática da qualidade tem sido uma preocupação das organizações de saúde, fruto da necessidade contínua de inovação e de clientes cada vez mais exigentes (Ventura, Martins, Trindade & Ribeiro, 2021). Do mesmo modo, as organizações profissionais como a OE desenvolvem esforços para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da definição dos “Padrões de

Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, estruturando e orientando o exercício profissional dos Enfermeiros em Portugal, para uma atuação de excelência (OE, 2012). O mesmo órgão regulador definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de ER (PQCEER) (Regulamento nº 350/2015, 2015), enfatizando a prevenção das incapacidades e a recuperação das que remanescem na procura do maior grau de autonomia possível. Como constatamos, cada instituição hospitalar operacionaliza projetos de intervenção contextualizados à realidade de cada serviço, implementando e desenvolvendo sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Dias, 2014), tendo por foco as áreas de atenção para a prática de Enfermagem: a satisfação do cliente, a promoção da saúde e a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados (OE, 2011).

Em ECCI, o Projeto da Dor, inserido nos PQCEER, visa a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros nesta área. Este projeto traduz a preocupação sobre os significados e conceitos atribuídos a este sinal vital, pelos utentes e pelos profissionais de saúde, e preconiza uma escolha criteriosa do instrumento utilizado para quantificar a sua experiência (escala numérica, escala qualitativa, escala visual analógica, escala de faces). Salienta a necessidade de manter o mesmo instrumento ao longo do tempo, uma vez ajustado a cada cliente, confiando no limiar de dor por ele relatado. Da caracterização deste sinal fazem ainda parte a evolução/duração, localização, qualidade, intensidade e sintomas associados, assumindo que o sucesso da estratégia terapêutica (farmacológica e/ou não farmacológica) depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. As plataformas de informação permitiram o registo, a monitorização bem como a avaliação da qualidade destas práticas, baseada em indicadores, permitindo a inclusão da nossa intervenção em processos de auditorias clínicas que, mais tarde, permitirão a análise dos resultados e posterior divulgação (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Ainda no contexto da comunidade, as pesquisas bibliográficas realizadas acerca da COVID-19, em atualização permanente à medida que a doença era conhecida, nomeadamente sobre as sequelas atribuídas à doença designada por Covid Longo¹¹, apoiaram a prática do dia a dia junto de uma população com elevada deterioração da função respiratória e motora. Houve preocupação em reunir os dados relevantes das normas emanadas pelas entidades de saúde e ordens profissionais referentes também à proteção individual e à prevenção da disseminação da doença, discutidas em equipa de ECCI e em estreita articulação com os recursos da comunidade, nomeadamente com as Juntas de

¹¹ Covid Longo – persistência por mais de dois meses ou reaparecimento de sintomas como fadiga, dispneia, disfunção cognitiva no indivíduo, até três meses após um episódio agudo de Covid-19 (WHO, 2021)

Freguesia e com a Câmara Municipal, parceiras no fornecimento de equipamentos de proteção individual, em momentos de grande escassez destes materiais.

No domínio da **Gestão dos Cuidados (domínio C)** definimos o objetivo: *Desenvolver uma prática profissional especializada no âmbito da gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem*. Este objetivo é suportado pela competência C1, gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e C2, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A gestão dos cuidados em enfermagem integra o planeamento e organização da prestação dos cuidados, de forma oportuna, segura e abrangente, respeitando a missão da organização e adequando os vários recursos disponíveis às necessidades da pessoa cuidada, de forma a proporcionar bem-estar, segurança e autonomia (Mororó, Enders, Lira, Silva & Menezes, 2017). No contexto hospitalar, e porque uma das EO exercia funções de gestão na ausência da Enfermeira Chefe, tive oportunidade de observar a vertente da gestão dos cuidados, de otimização das respostas e de articulação com a equipa de saúde. O EEER desenvolve a sua capacidade de liderança e gestão adaptadas a cada contexto, articulando as respostas de toda a equipa multidisciplinar, contribuindo para uma gestão de cuidados que promova a segurança e qualidade dos mesmos (OE, 2019a). A liderança nos processos de tomada de decisão em que estivemos envolvidos abarcou áreas como a disponibilização de assessoria aos enfermeiros da equipa na nossa área de especialização, a colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar ou a intervenção nos processos avaliativos ou estabelecimento de diagnósticos. Segundo Santos (2021), a capacidade de liderança exige, hoje em dia, mais do que trabalhar em equipa, que se trabalhe com a equipa, por forma a delinear e atingir objetivos partilhados, promovendo uma cultura de interdisciplinaridade, fundamental na área da reabilitação. Foi esta postura de trabalho que mais me surpreendeu na relação entre os EEER e os enfermeiros generalistas, transversal aos contextos onde estagiei, nem sempre presente nas práticas que experienciei na minha vida profissional. Santos (2021), define a liderança como um processo dinâmico de motivar, envolver e estimular a participação das pessoas na visão, na missão, na inovação e na mudança constante. Esta forma de estar e de envolver os pares na gestão e na otimização dos cuidados, supervisionando as tarefas delegadas, contribuiu para a segurança e qualidade dos cuidados tornando-os acessíveis de forma equitativa (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O enfermeiro gestor tem também um papel fundamental na garantia da qualidade atendendo à adequação dos recursos humanos, materiais e estruturais para a sua consecução (Regulamento nº101/2015, 2015), sendo detentor de competências acrescidas, devendo garantir os PQCEER. Como tal, é o promotor do desenvolvimento profissional

(técnico-científico e relacional) da sua equipa, do ambiente favorável à prática clínica e do serviço prestado ao cliente, além de ser o gestor dos enfermeiros, da segurança dos cuidados e da gestão dos recursos (Santos, 2021). Em conjunto, enfermeiro gestor e o EEER são responsáveis pela elaboração de um *core* de indicadores específicos e sensíveis à prática desenvolvida no seu serviço, englobando os enunciados descritivos emanados pela instituição e direcionados para a sua população alvo, permitindo aferir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados especializados de reabilitação e a melhoria contínua da qualidade (Santos, 2021).

Neste âmbito tive oportunidade de observar o papel da Enfermeira Chefe no que respeita às suas funções e à delegação de parte delas nos seus colaboradores mais próximos, nomeadamente nos EEER, representada por uma das minhas EO. Foi possível acompanhar toda a atividade desenvolvida na adequação diária dos recursos materiais e humanos, em contexto de uma constante alteração de circuitos, às medidas de prevenção e controlo de infeção, materializada em sucessivas reorganizações do serviço durante a pandemia. Por outro lado, foi possível observar a postura de um Enfermeiro chefe na relação com os seus enfermeiros, no que se refere à resolução de conflitos e à capacidade de liderança, num momento em que o absentismo por doença ou isolamento profilático exigiu um esforço acrescido dos elementos disponíveis para a força de trabalho, mantendo dotações seguras e dotando as equipas de elementos com conhecimentos técnico-científicos suficientes para a manutenção de cuidados de qualidade. Neste âmbito analisei a Norma de Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 743/2019, 2019) onde estão incluídos os Cuidados de Reabilitação que se consideram adequados às reais necessidades da população, para atingir índices de segurança e qualidade.

Em relação à organização diária dos cuidados, aos EEER são atribuídas as pessoas com maior necessidade de cuidados especializados nesta área, sendo que, no decorrer da jornada de trabalho, pode existir necessidade de prestar cuidados de reabilitação a pessoas que não se encontraram sob sua responsabilidade direta. Enquanto coordenador de equipa, o EEER é também responsável pela distribuição dos doentes pelos enfermeiros generalistas, mantendo elevado grau de disponibilidade técnica e científica junto dos elementos da equipa interdisciplinar.

Em ECCL, as reuniões interdisciplinares marcaram positivamente este processo de gestão de cuidados pela interação construtiva e proativa de cada interveniente em relação aos objetivos da pessoa cuidada. Referenciamos vários utentes para prestadores de fisioterapia externos, tendo em conta a especificidades dos grupos musculares a reabilitar e a inexistência de equipamentos de treino motor específicos na comunidade ou que pudessemos disponibilizar. Um dos exemplos, refere-se a uma jovem adulta de 21 anos, com múltiplas fraturas ao nível dos membros inferiores, após tentativa de suicídio. Referenciada

para ECCI, após alta hospitalar, manteve um programa de fortalecimentos muscular, treino de equilíbrio e treino de marcha com auxiliar de marcha. Verificando-se ganhos pouco significativos no aumento da massa e da força muscular, referenciámos para a intervenção da fisioterapia, em ginásio, de modo a intercalar as nossas intervenções com um treino dirigido aos grupos musculares mais descondicionados com recurso a passadeira e a cicloergómetro, por exemplo.

Reconhecendo a experiência de outros técnicos na mesma área de atuação, e tendo em conta o elevado volume de pessoas em lista de espera para integrar programas em que estávamos mais direcionados, nomeadamente na promoção do autocuidado em doentes sobreviventes à COVID-19, articulamos em equipa de forma a proporcionar os melhores cuidados à pessoa, dentro de uma lógica de relação custo/benefício. Também no desenvolvimento de programas de reabilitação fomos confrontados com a necessidade de referenciar algumas pessoas para equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, quando o foco da nossa intervenção foi alterado, em situações de progressão de doenças oncológicas ou de doenças neuromusculares e degenerativas. Noutros casos referenciamos para unidades de cuidados continuados quando, tendo atingido os objetivos iniciais, persistiram algumas necessidades de acompanhamento e supervisão, na ausência de apoio familiar ou por falta de recursos na comunidade. Com a referenciação atempada a outro profissional de saúde e a outra tipologia de prestação de cuidados, antecipamos complicações e potenciamos a recuperação, numa lógica de articulação e colaboração interdisciplinar de partilha de conhecimentos e responsabilidades (Canadian Nurses Association [CNA], 2019), otimizando as respostas da equipa de saúde. Por outro lado, nas situações de fim de vida, agimos de acordo com a lei de bases dos cuidados paliativos, proporcionando ações de prevenção e alívio de sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes, famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva (Lei nº 52/2012, 2012).

Por último, em HD, pudemos constatar o lugar central do EEER dentro na equipa no que se refere à coordenação dos cuidados de enfermagem. Assim, articulamos com os nossos *pares* dentro do hospital, em situações de novas admissões, realizando uma avaliação inicial dos utentes propostos para integrar a HD, reunindo todos os dados referentes que nos permitisse decidir sobre critérios de inclusão e exclusão e esclarecer para um consentimento informado. Em situações de agravamento do estado clínico, desencadeamos o retorno ao hospital, em segurança, fazendo o seu acompanhamento e transmitindo a informação necessária para a continuidade dos cuidados. Planeamos e preparamos os utentes para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica necessários para a manutenção do tratamento. Por fim, no momento da alta, articulamos com outras unidades de saúde em especial as unidades de cuidados primários e

cuidados continuados, para dar continuidade ao plano de cuidados previamente negociado e com o cliente/família.

Concluindo, demonstrámos o desenvolvimento de competências de liderança e de gestão de cuidados na medida em que, tendo em conta a CNA (2019), fomos agentes de mudança, garantindo uma opinião fundamentada em dados concretos, válida e significativa no momento da prescrição, beneficiando, em última análise, o cliente a quem é realizada a prescrição. Por outro lado, se nos exemplos anteriores atuamos numa área onde detínhamos maior conhecimentos e experiência, existiram também situações onde se identificou a necessidade de referenciação e mobilização de outros profissionais.

1.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A necessidade de diferenciação dos cuidados, para além das competências comuns do EE, implica uma especificidade de conhecimentos técnicos e científicos que se concretizam numa natural especialização da profissão de enfermagem, pressupondo o desenvolvimento de competências específicas próprias de cada área de intervenção. O regulamento n.º 392/2019 (2019) descreve a intervenção especializada do EEER como aquela que permite

assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (p.13565).

Este regulamento estabelece três competências clínicas, centrais no processo de aprendizagem na especialização na área de ER. As três competências são: J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Para adquirir a competência **J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados** delineámos os objetivos: *Avaliar alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia e Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que promovam o autocuidado, otimizando e/ou*

reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia.

Durante o primeiro estágio no Serviço de Pneumologia, houve oportunidade de prestar cuidados na UVNI aí integrada. Esta unidade tem capacidade para quatro camas equipadas com monitores de parâmetros vitais, rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido, equipamentos de perfusão terapêutica medicamentosa, BIPAP, CPAP ou oxigenoterapia de alto fluxo, permitindo transição entre a UCI e a enfermaria. No que respeita aos recursos humanos realça-se uma equipa médica dedicada a estes utentes, e a presença de um EEER em todos os turnos da manhã que gere os cuidados com os enfermeiros generalistas. Numa das primeiras experiências na área da reabilitação, tive a oportunidade de prestar cuidados a uma cliente nesta unidade, proveniente de uma UCI-COVID submetida a um longo processo de VMI, curarização e sedação, o que condicionava gravemente as funções sensorial, motora, respiratória e de eliminação. A miopatia dos cuidados intensivos, um dos diagnósticos presentes na grande maioria destes doentes, é descrita como uma diminuição da força muscular generalizada, normalmente simétrica, sem doença neuromuscular subjacente à situação crítica (Bartolomeu et al., 2021), quadro presente na cliente em questão. O repouso no leito e a inatividade levou ao desenvolvimento de quadros de atrofia muscular, diminuição da coordenação e do equilíbrio e diminuição da funcionalidade (Júnior, Martinez & Neto, 2014; Appleton & Kinsella, 2012). Na UVNI os clientes mantinham VNI contínua ou por períodos, alguns através da traqueostomia, e eram submetidos a programa de reabilitação intensivo, iniciado na UCI, por forma a reverter a fraqueza muscular respiratória e recuperar a ventilação espontânea, tal como refere Oliveira, Pacheco, Marques, Santos & Neiva (2021), para posterior transferência para enfermaria. Foi este percurso, desde a admissão até ao momento da alta, que marcou a minha primeira experiência na área de especialização, tendo realizado um estudo de caso (Apêndice 4) que exponho em seguida, de forma resumida. O estudo de caso tem vindo a assumir-se como uma metodologia inovadora de investigação-ação, constituindo-se como uma oportunidade para o desenvolvimento na área da ER (Martins, Ribeiro & Shoeller, 2021).

Em análise, uma cliente do sexo feminino de 65 anos de idade, reformada, previamente independente nas AVD, com antecedentes pessoais de doença osteoarticular em estudo, hipotireoidismo e fumadora de 15UMA¹², que recorre ao serviço de urgência com quadro de dispneia com poucas horas de evolução, objetivando-se hipoxémia, elevação dos parâmetros inflamatórios na avaliação analítica, hipotransparência bilateral nos terços inferiores de ambos os campos pulmonares no estudo radiológico, com exsudado

¹² Unidades Maço Ano = nº cigarros fumados por dia / 20 x nº anos de fumador.

nasofaríngeo positivo para SARS-CoV-2¹³. Iniciou oxigenoterapia por cânula nasal, mas, em menos de 48 horas, assiste-se ao agravamento da insuficiência respiratória associada apneumonia por COVID-19. Inicia suporte ventilatório com CPAP e oxigenoterapia a 100%, progride para BIPAP nas horas seguintes e 72 horas após a entrada no serviço de urgência é transferida para a UCI-COVID para EOT e VMI sob sedoanalgesia. De acordo com a OMS (2021), a taxa de mortalidade estimada na COVID-19 situa-se entre 0,7-2% globalmente, 10% para doentes hospitalizados, entre 30-50% para doentes internados nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e, entre 37-88% para doentes que requerem ventilação mecânica invasiva ou oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO¹⁴).

Ao longo dos 80 dias de VMI, assiste-se a reinfeções bacterianas associadas ao ventilador, pneumotórax, infeções do trato urinário, quadro de *delirium*, sempre que se reduzia o nível de sedação, prolongando o desmame ventilatório, com necessidade de realização de traqueostomia. Da informação recolhida no processo clínico, salienta-se a introdução de um programa de reabilitação numa fase inicial, ainda na UCI-COVID, com exercícios de mobilização no leito, com realização do cicloergómetro passivo, RFR e reabilitação motora com fortalecimento muscular global nas semanas seguintes. Bartolomeu et al. (2021) descrevem os programas de mobilização precoce como eficazes para atenuar as consequências deletérias do desuso muscular em doentes hospitalizados por doença crítica. Para o mesmo autor esta mobilização precoce define-se pela instituição de atividade física nos primeiros 2-5 dias de internamento em UCI, e compreende, para além da aplicação de técnicas tradicionais de reabilitação, o cicloergómetro na cama, a eletroestimulação neuromuscular¹⁵, a verticalização do plano da cama e a marcha ainda com o doente ventilado, no entanto, a sua implementação depende da estabilidade clínica de modo a poder acomodar o aumento de esforço cardiovascular e de oxigénio associado às intervenções de reabilitação, como referem Bartolomeu et al. (2021). Neste sentido, Oliveira et al. (2021) descrevem como benefícios da mobilização precoce: a diminuição do tempo de VMI, do tempo de permanência na UCI e da duração da hospitalização, aumento da força muscular, manutenção das amplitudes articulares, recuperação/manutenção do grau prévio de funcionalidade, redução do número de infeções, redução do *delirium* e melhoria da qualidade de vida.

Por forma a poder compreender este e outros quadros semelhantes, bem como poder dar continuidade a um plano de reabilitação em curso, tornou-se importante perceber a função do EEER na UCI, perante a pessoa em situação crítica, situação apenas experienciada indiretamente - pelo contacto com esta e outras doentes, pela informação

¹³ Sars_CoV-2 - responsável pela doença Covid-19, este novo coronavírus foi identificado pela primeira vez em janeiro de 2020 na China, na cidade de Wuhan (MS, s.d.b)

¹⁴ Extra Corporeal Membrane Oxygenation

¹⁵ Eletroestimulação Neuromuscular - geração de contrações musculares involuntárias através da aplicação de estímulos elétricos aos músculos esqueléticos (Bartolomeu et al, 2021)

consultada e transmitida aquando da admissão na doente na UNVI, discutida com os colegas e EO. Para além do que foi anteriormente exposto, salienta-se o consenso sobre a intervenção do EEER na UCI, centrada num dos compromissos mais significativo e evidente, o compromisso da ventilação, que assenta em 4 fases: I) Preparação para a VMI, na redução do trabalho respiratório, do medo e da ansiedade; II) Durante a VMI, promovendo a sincronia e adaptação ventilatória, melhorando a relação ventilação perfusão, corrigindo posições viciosas e antiálgicas, mantendo a via aérea permeável, mobilizando e eliminando as secreções; III) Durante o desmame ventilatório, que deve ser iniciado o mais precocemente possível, conseguida pela avaliação diária dos critérios de progressão para a extubação e aplicação da *Prova de Ventilação Espontânea*¹⁶; IV) Após a VMI, monitorizando complicações que degradem a função respiratória, e pela realização de técnicas de expansão e limpeza das vias aéreas de modo a tratar e prevenir as atelectasias (DGS, 2015; OE, 2018; Bartolomeu et al., 2021). Realço que a mobilização precoce da pessoa ventilada é uma das funções do EEER, fundamental na promoção do fortalecimento muscular, proporcionando um acréscimo de força muscular inspiratória (OE, 2018), elemento a ter em conta na avaliação que se seguiu.

Da nossa avaliação inicial a cliente encontrava-se consciente, com discurso coerente e audível através da cânula fenestrada, hemodinamicamente estável sob oxigenoterapia, com padrão respiratório predominantemente torácico, regular, simétrico, superficial, sem utilização da musculatura acessória. À auscultação pulmonar, apresentava murmúrio vesicular mantido, com fervores crepitantes nos dois terços inferiores, bilateralmente, e apresentava acessos de tosse produtiva expelindo secreções mucosas em pequena quantidade. Apresentava dispneia, avaliada pela escala de *Borg Modificada*¹⁷ – score 3 em repouso, 6 em esforço; tônus muscular dos segmentos corporais, sem sinais de hipertonia ou hipotonia, à realização de mobilização passiva, segundo escala Modificada de *Ashworth*¹⁸. Na avaliação da força muscular dos segmentos corporais, segundo a escala *Medical Research Council Muscle Scale*¹⁹, verificamos que a força muscular que se encontrava diminuída ao nível da articulação escápulo-umeral e cotovelo de ambos os membros superiores (score 3/5), diminuída ao nível da articulação coxofemoral e joelho de ambos os membros inferiores (score 1/5), corroborando com a definição de miopatia dos cuidados intensivos onde a diminuição da força muscular é generalizada e simétrica (Bartolomeu et al.,

¹⁶Pelo uso da peça em T que fornece oxigénio e se desconeta o ventilador sem necessidade de extubação ou através da redução da pressão aplicada nas vias aéreas reduzindo os níveis de pressão de suporte ventilatório (Bartolomeu et al, 2021).

¹⁷Escala de Borg modificada – permite avaliar em tempo real o grau de dispneia percebida e determina os limites seguros para o treino/atividades (OE, 2017).

¹⁸Escala de Ashworth modificada – permite a avaliação do tônus /espasticidade muscular (OE, 2017).

¹⁹Medical Research Council Muscle Scale – permite avaliar a força muscular dos diferentes segmentos corporais (OE, 2017).

2021). O equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado apresentava alterações (oscilava para a esquerda), não tendo sido avaliada na posição ortostática e na marcha pois a doente não se conseguia manter na posição de pé, apresentando risco médio de queda (score 35), segundo a escala de *Morse*²⁰. Apresentava continência vesical e intestinal, mas necessitava de ajuda para a colocação do dispositivo de eliminação (arrastadeira). Apresentava alto risco de desenvolver úlcera por pressão (score 16) na escala de *Braden*²¹ e relativamente ao nível de independência, apresentava uma dependência total (score 25) segundo o Índice de *Barthel*²².

Com esta avaliação sistematizada tivemos a oportunidade de treinar a avaliação sensoriomotora da doente, com destaque particular para a avaliação do tônus e da força nos diferentes segmentos corporais, assim como da amplitude articular, coordenação motora, do equilíbrio e também da deglutição, que exploraremos mais à frente, com o intuito de permitir estabelecer um plano estruturado e personalizado de acordo com as alterações identificadas. Procuramos realizar uma avaliação da capacidade funcional e do potencial de reabilitação utilizando instrumentos de avaliação descritos e validados, tendo em conta que os défices de autocuidado estão interligados às alterações da funcionalidade, que condicionam as incapacidades. Assim, a utilização de instrumentos de avaliação permitiu mensurar uma condição antes da intervenção estabelecendo um score basal, classificando à *posteriori* o resultado obtido após a intervenção (Ribeiro, Faria & Ventura, 2021). Da mesma forma garantimos que a tomada de decisão para a nossa intervenção fosse guiada pela identificação do compromisso dos requisitos de autocuidado, nomeadamente dos compromissos funcionais, e dos fatores facilitadores e inibidores da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado do cliente. Na sequência desta avaliação implementámos um programa de intervenção no âmbito otimização e reeducação das funções aos níveis sensorial, respiratório, motor e da eliminação, com o objetivo de restaurar, melhorar e desenvolver o funcionamento, revertendo o estado de atrofia muscular. Para além destas considerações, importantes para o estabelecimento de um plano de intervenção, foram tidos em conta os objetivos da RR para o cliente com COVID-19 que, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação (SPMFR, 2020), passam pela otimização da ventilação/oxigenação, o recrutamento do volume pulmonar, a prevenção e o tratamento de atelectasias, a remoção das secreções brônquicas e a melhoria da força muscular. Para

²⁰Escala de Morse – avalia risco de queda a todas as pessoas em internamento hospitalar, incluindo os centros de reabilitação (DGS, 2019).

²¹Escala de Braden – avalia o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde (DGS, 2011)

²²Índice de Barthel – avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (OE, 2017)

melhorar o *outcome* funcional e vital desta doente, incidimos a nossa intervenção de acordo com uma hierarquia de atividades de mobilização, baseada numa sequência de exercícios de intensidade variável defendidas pela SPMFR e as suas congéneres internacionais (Oliveira et al. 2021). Nesse sentido realizamos mobilizações passivas, ativas-assistidas, que progrediram para ativas com posterior introdução de resistência, dos diferentes segmentos corporais, respeitando a amplitude máxima articular, os planos e o tipo de movimento, de acordo com a tolerância à dor e o cansaço apresentado. Respeitando a sequência preconizada pelos autores acima descritos, fortalecemos a musculatura dos membros inferiores, pelo uso da pedaleira no leito, posteriormente no cadeirão, após conseguirmos alcançar o equilíbrio na posição de sentado. A transferência da cama para o cadeirão tornou-se uma prática diária, replicada pelos colegas generalistas na nossa ausência, à medida que o treino de equilíbrio estático e dinâmico tornou possível o ortostatismo. A par da melhoria da coordenação, da agilidade e do aumento da força, Garcia, Cunha & Novo (2021) referem que o equilíbrio e a flexibilidade são componentes da capacidade funcional que esta faixa etária mais valoriza. Verificamos que a introdução precocemente do treino de equilíbrio se revelou fundamental na realização de todas as AVD. O mesmo autor define este equilíbrio como a capacidade de manter a posição sobre a sua base de sustentação, de forma estática (parado) ou dinâmica (em movimento). O programa envolveu as fases de aquecimento (marcha), exercícios propriocetivos (muitos deles considerados de fortalecimento muscular e de componente aeróbico com recurso a colchões, cilindros de espuma, bola de pilates) e fase de alongamentos e relaxamento, por vezes realizadas no leito com consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, tal como defende Garcia et al. (2021). O treino do movimento fino, da coordenação motora e estimulação sensorial, através da execução de pequenas tarefas como o pentear, a higiene oral ou o maquilhar, e de outros exercícios propostos pela terapeuta ocupacional, permitiu observar a realização exercícios de estimulação cognitiva e dos movimentos sensoriomotores mais complexos.

Um destaque particular, neste caso, para a alteração da deglutição, relacionada com um processo de descanulação onde tivemos a oportunidade de desenvolver um trabalho conjunto com o terapeuta da fala, que implementou uma intervenção baseada na norma do serviço de otorrinolaringologia. Bartolomeu et al. (2021) alertam para as alterações mais frequentes na via aérea, resultantes da EOT: o edema, a ulceração, as lacerações, a disfonia, a disfagia e a parésia das cordas vocais. Justifica-se por isso a aplicação da escala de Guss²³, de forma protocolada a todos os doentes provenientes da UCI sujeitos a EOT, para o rastreio

²³Escala que permite a avaliação da deglutição, o despiste de disfagia e fornece indicações sobre a dieta recomendada. Inicialmente é realizada uma avaliação indireta da deglutição onde se avalia o estado de consciência, a tosse, a capacidade de deglutição da saliva). Mediante um resultado favorável, avança-se para a avaliação direta da deglutição onde se inicia o teste avaliando a deglutição de semi-sólidos (consistência pudim), progredindo para líquidos e terminando com consistência sólida (OE, 2017).

de disfagia, avaliando sinais sugestivos de disfagia e o efeito das diferentes consistências na deglutição (Braga, 2017). Seguiu-se o estabelecimento de uma estratégia de intervenção, nomeadamente na decisão da consistência da dieta e da necessidade de se utilizar espessante para assegurar a hidratação oral, ajuste da postura do cliente durante as refeições e de exercícios de amplitude e fortalecimento muscular, nomeadamente dos lábios e língua, com o intuito de melhorar a eficiência da deglutição (Braga, 2017). Esta avaliação apoiou a decisão de extubar nasogastricamente a doente, de adequar a consistências das diferentes dietas e de ajustar os alimentos de acordo com a sua preferência.

Outro compromisso que esta cliente apresentava dizia respeito à eliminação vesical. Tratando-se de uma situação de aparente incontinência funcional²⁴, focamos este aspeto não pela complexidade das estratégias dirigidas para a reeducação desta função, apesar de se encontrar algaliada há várias semanas, mas pela eficiência de intervenções simples, que implicaram a mobilização dos restantes elementos da equipa. Neste caso procurámos que o treino vesical permitisse à doente distinguir entre a consciência da necessidade de urinar e o ato de urinar, como sugere Rocha & Redol (2017). Procurou-se incentivar ao adiamento consciente da micção e a utilização de dispositivo urinário (arrastadeira) uma vez já alcançada a autonomia nos rolamentos na cama apoiando-se nas grades. Progrediu-se para a deslocação à casa de banho, num horário regular e previamente estabelecido, fomentando o treino de hábito, de acordo com o que defendem os autores supracitados, o que viria a ser plenamente alcançado três semanas após o início da nossa intervenção com a conquista da posição ortostática e da marcha. Também neste ponto, foi fundamental informar a equipa das necessidades e da evolução desta senhora, garantindo que todos contribuíam para a implementação do programa de reabilitação, permitindo que este trabalho de equipa pudesse continuar após a alta, mediante a referenciação atempada para a RNCCI.

A RNCCI, abordada em jornal de aprendizagem (Apêndice 3), presta apoio a pessoas em situação de dependência com necessidade de cuidados de saúde e apoio social na sequência de um episódio de doença aguda (Decreto-lei nº 101/2006, 2006), e cabe ao EEER proceder ao preenchimento e envio de uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local (ECL²⁵) da área de residência do doente/família. O preenchimento desta proposta contempla uma breve resenha da situação, a avaliação dos sinais vitais e estado nutricional, o preenchimento de instrumentos como a Tabela de Independência Funcional (TIF), índice

²⁴A Incontinência Funcional diz respeito a situações onde existe compromisso da capacidade de utilizar dispositivos urinários ou a casa de banho, podendo dever-se a compromisso neurológico, da mobilidade, défice cognitivo, condicionantes físicas e do ambiente, entre outros (Gray & Moore, 2012).

²⁵ As ECL estão sedeadas em Unidades de Saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constituídas por equipas multidisciplinares, com representantes da Segurança Social e da Saúde. Articulam com a Equipa Coordenadora da respetiva região, bem como com as várias equipas e unidades da respetiva área geográfica, avaliam as referenciações dos utentes para integrarem a RNCCI e garantem a qualidade dos cuidados prestados (ISS, 2022)

de *Barthel*, escala de *Braden*, escala de *Morse*, tendo presente o grau de dependência nas AVD, o plano de intervenção em curso e os objetivos que se pretendem alcançar. Cabe à ECL a decisão sobre a tipologia mais adequada articulando-se com a Equipa Coordenadora Regional no sentido de integrar o utente na tipologia de cuidados mais adequada: Unidade de Convalescença (UC); Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM); ECCI. Nesta situação em particular, a opção foi uma UC, direcionada para clientes que já não necessitam de cuidados hospitalares de agudos, mas que requeiram cuidados de saúde, nomeadamente de reabilitação, várias vezes ao dia, não podendo ser prestados no domicílio, previsivelmente por um período até 30 dias (Instituto da Segurança Social [ISS], 2022).

Para esta e outras situações de cuidados houve a necessidade de conhecer cada cliente e família/cuidador, nomeadamente o seu contexto sociofamiliar, recursos internos, condições habitacionais/acessibilidade e conhecimento que detinham da sua situação de saúde ou doença, de modo a proporcionar as melhores condições para a continuidade dos cuidados. Sem visitas, devido às restrições decretadas pela pandemia, foi necessário recorrer a tecnologias como a videochamada para estabelecer a ponte entre o cliente e família/cuidador, entre o hospital/casa de modo a entender a dinâmica da díade e quais os fatores internos e externos que determinaram a incapacidade de responder às suas necessidades de autocuidado, em linha com o pensamento de Orem (Orem, 2001). A utilização da videochamada permitiu colmatar a proibição de visitas neste período da pandemia, reduzindo o nível de stress do cliente e família/cuidador, e não posso deixar de elogiar a instituição pela disponibilidade em adquirir os equipamentos adequados a esta função, em resposta às solicitações dos EEER do serviço. De facto, os sistemas de saúde fizeram um esforço na adoção de novas ferramentas de modo a contornar as restrições limitantes da presença física da família junto do cliente, tal como refere Oliveira et al. (2021). Nesta situação em particular, a filha descreveu as condições habitacionais, e referiu sentimentos de insegurança e ansiedade em receber a cliente no domicílio determinando o encaminhamento para a UC.

Outra situação que contribuiu para o desenvolvimento deste objetivo, ocorreu durante o estágio em HD. Neste contexto as intervenções de EEER foram quase exclusivamente junto do cliente e família/cuidador com pneumonia, alvo da minha atenção para o desenvolvimento da temática do projeto de estágio. O contributo da equipa multidisciplinar na escolha destas pessoas resultou do pedido de colaboração efetuado no momento da apresentação do projeto de estágio logo no primeiro dia de integração. Apesar da curta duração deste estágio, consegui intervir também junto de pessoas com outras patologias infecciosas e/ou com quadros descompensação das suas comorbilidades, nos mais variados grupos etários, para as quais foram desenhados programas de intervenção personalizados. Constituiu ainda uma

oportunidade única de experienciar a dinâmica das intervenções especializadas do EEER no seio da equipa da HD.

Como exemplo, apresento o caso de uma cliente de 24 anos de idade, a Sra. M.F., com o diagnóstico de PAC, internada na modalidade de HD após dois dias de permanência no serviço de medicina (intervenção detalhada no Apêndice 5). Da nossa primeira avaliação, salienta-se a presença de toracalgia retrosternal com irradiação ântero-posterior que se agrava com a tosse e com a inspiração profunda, um padrão respiratório predominantemente torácico, simétrico, superficial, sem utilização da musculatura acessória, e murmúrio vesicular diminuído à direita e ausente na base homolateral durante a auscultação pulmonar, mantendo dispneia a pequenos esforços.

Do ponto de vista do compromisso dos requisitos de autocuidado verificámos compromisso dos requisitos universais segundo Orem: *Manutenção de quantidade suficiente de ar, água e alimentos, Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso*. Mais uma vez, na avaliação inicial e para a definição dos resultados esperados, implementámos instrumentos de avaliação validados e adequados à situação. Neste caso particular, os instrumentos de avaliação foram a escala visual analógica da dor e a escala de *Borg* Modificada, caracterizando a sensação de dispneia em score 0 em repouso e 4 em esforço.

Identificadas as necessidades de intervenção na área da *Ventilação comprometida e Tosse ineficaz*²⁶, a promoção do autocuidado foi concretizada de acordo com os Sistemas de Enfermagem preconizados por Orem, através do Sistema de Apoio-educativo. O recurso a este modelo teórico permitiu adequar a tipologia das intervenções de enfermagem de reabilitação, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem estabelecidos, facilitando a avaliação da evolução e a necessidade de reajuste do programa em curso. Ribeiro et al. (2021) reconhece a crescente integração do Processo de Enfermagem nos diversos contextos de atuação do EEER como estrutural no âmbito do processo de tomada de decisão. Estes autores referem ainda que, centrada nas etapas desta metodologia, a atuação dos EEER tem sido marcada pelo desenvolvimento de um raciocínio clínico intencionalmente focado na capacitação, na autonomia e na qualidade de vida das pessoas.

O programa de reabilitação delineado para a Sra. M.F. tinha como objetivos melhorar o seu padrão ventilatório, incentivar a expansão pulmonar, melhorar a mobilidade torácica, potenciar a mobilização e a eliminação de secreções brônquicas, assegurar a manutenção duma postura corporal correta evitando posturas antiálgicas e potenciar a reeducação ao esforço, em linha com o que é defendido pela OE (2018b). Assim, na fase inicial, fizeram

²⁶Diagnósticos formulados de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da EER da OE (2015b), cuja formulação teve por base os padrões de qualidade dos cuidados de ER, as competências específicas do EEER de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE) e os sistemas de informação em enfermagem.

parte da nossa intervenção: o ensino e o treino dos exercícios de correção postural e técnicas de relaxamento, associadas a medidas farmacológicas para controlo da dor prescritas pelo médico que nos acompanhava, permitindo reverter a redução de volumes nos segmentos pulmonares e prevenir atelectasias, tal como defende Heitor et al. (2017) e Gomes et al. (2017). No que respeita à mobilização precoce, já explanado e representando uma intervenção com nível de evidência A (BTS, 2009), a cliente foi incentivada a mobilizar-se desde o primeiro momento, estimulando o levante, colocando-a em frente ao espelho da sala de estar a realizar exercícios de mobilização do pescoço, ombros e pélvis, por forma contrariar atrofia muscular, a diminuição da coordenação e do equilíbrio e a diminuição da funcionalidade associados à imobilidade (Júnior et al., 2014; Appleton et al., 2012). Foi dada particular importância para a necessidade de realizar a sua higiene e vestir-se, de forma gradual, com pausas para descanso, aferindo o grau de dispneia através da escala de *Borg* modificada. Por forma a otimizar a ventilação, introduzimos técnicas de RFR nomeadamente: controlo e dissociação dos tempos respiratórios, melhorando a coordenação e a eficácia dos músculos inspiratório; reeducação diafragmática e costal, seletiva e global com bastão com o objetivo de melhorar a mobilidade a expansão torácica e a ventilação pulmonar (Couto, Silva, do Mar & Gomes, 2021), recrutando a ventilação alveolar dos campos pulmonares inferiores. Reforçámos o ensino e treino de técnicas de limpeza das vias aéreas com destaque particular para a tosse, nomeadamente a técnica de *huff*, em associação de técnicas de vibração e compressão torácica, numa fase em que a tosse se tornou produtiva. Nesta fase de resolução da doença, objetivada também pela redução da sensação de dispneia, pela melhoria da auscultação nos campos pulmonares afetados, introduzimos os exercícios de reeducação ao esforço como a marcha e o treino de subir e descer escadas permitindo maiores benefícios na capacidade funcional, força muscular periférica, dispneia e qualidade de vida como defendem Bernard et al. (2014) e Anderson et al. (2016).

Por outro lado, foram otimizadas as condições da habitação, na reorganização do espaço e na utilização dos materiais, adequando-os à função desejada. Disso são exemplos a utilização do cabo de vassoura como bastão, na utilização de sacos de arroz como resistência, na utilização do candeeiro como suporte de soros, entre outros. Houve necessidade de adequar os equipamentos de proteção individual e a manipulação dos resíduos biológicos e de uso hospitalar tendo em conta o risco de contaminação e disseminação do SARS-CoV-2, descritos nas normas de higiene e controlo das infeções hospitalares da instituição.

Um dos constrangimentos neste contexto, onde a equipa de visita domiciliária é composta por médico/enfermeiro, foi a escassez de tempo para colocar em prática o plano de intervenção. Houve, em muitas situações, a necessidade (e possibilidade) de uma segunda visita, no período da tarde, para reforçar ensinamentos e técnicas. Assim, foi possível

adequar as intervenções a cada situação e, apoiados num sistema de apoio-educativo ao cliente e família/cuidador, muitas das técnicas de RFR foram instruídas e treinadas de modo a serem replicadas ao longo do dia, em esquemas que se alteravam à medida que a tolerância e a motivação desta díade se aprofundava. Segundo Sousa, Martins e Novo (2020) no processo de capacitação da pessoa, o EEER tem dois focos de atenção – o “conhecimento sobre a doença” e a “aprendizagem de capacidades”. Por um lado, utiliza-se o conhecimento para empoderar a pessoa para a tomada de decisão e maximizar a autonomia, por outro serve-se da aprendizagem de capacidades para tornar a pessoa mais independente na realização das atividades de vida diária.

Os diagnósticos de enfermagem do foco conhecimento e aprendizagem de capacidades podem ser alvo do EEER, uma vez que as competências J1, J2 e J3 os habilitam para o desenvolvimento e implementação de ações autónomas a nível do ensino, instrução e treino para melhorar os processos de transição e a qualidade de vida. O envio de panfletos exemplificativos e agregadores da informação, via email, foi efetuado em situações onde o recurso a novas tecnologias de informação se revelou uma mais-valia, representando uma das estratégias utilizadas. Também neste sentido a teleconsulta²⁷ e a telemonitorização²⁸ tiveram um enorme impulso durante o confinamento e, avaliando os múltiplos trabalhos apresentados no último congresso de Pneumologia (2021) sobre o tema, onde estive presente, são cada vez mais uma ferramenta de trabalho válida para muitas das nossas intervenções. O acompanhamento telefónico ou a teleconsulta, realizados ao longo do dia contribuíram, em muitos casos, para ajustes do plano de intervenção nas visitas que se seguiram. Do mesmo modo, os dados enviados pelos equipamentos de perfusão de terapêutica alertaram para a necessidade de voltar ao domicílio do cliente para corrigir potenciais erros de administração, falhas de energia ou obstrução do cateter venoso periférico.

Para concluir, constatamos que a tosse, inicialmente ineficaz pela dor e pelo desconhecimento da técnica, foi central para a resolução da atelectasia. A técnica de *huff*, aliada ao CATR foi rapidamente interiorizado e permitiu a eliminação de expectoração purulenta, inicialmente, apresentando características mucosas nos dias seguintes. Os benefícios neste foco seriam potenciados pela introdução do *flutter*, mas, nem a instituição, nem a cliente, o puderam adquirir. O controlo da dor, dispneia, ansiedade, e a promoção do autocuidado permitiram uma maior autonomia objetivada pela redução e suspensão da

²⁷A teleconsulta pode ser realizada de forma síncrona, em que consultor e beneficiário comunicam entre si em tempo real, habitualmente por televideoconferência ou por telefone, ou pode ser sob a forma assíncrona, consultor e beneficiário comunicam por e-mail ou mensagens, em que cada um deles acede à informação consoante a sua vontade (Gonçalves L, Castelo-Branco M & Campanella N (2018).

²⁸ Telemonitorização é um processo que permite a aquisição e/ou a leitura à distância de parâmetros do cliente por meio de tecnologia eletrónica e mecânica (Gonçalves e al., 2018).

terapêutica analgésica e ansiolítica e pelo retomar da realização das AVD sem ajuda, na realização de atividades como a confecção dos alimentos. Por último na evolução radiológica observada na Tomografia Axial Computorizada (TAC), duas semanas após o início do programa de reabilitação, registava a seguinte observação: “Maior permeabilização dos brônquios lobar médio e segmentares externo e interno com melhoria da consolidação do lobo médio”.

Relativamente à competência **J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, elencámos o seguinte objetivo: *Elaborar e implementar programas de treino de atividades, respondendo às limitações dos requisitos de autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia.*

Para o desenvolvimento e aquisição desta competência específica procurámos compreender a problemática da deficiência e da limitação da capacidade funcional, o impacto destas na independência do cliente e da sua participação social e as consequentes repercussões no seu bem-estar e qualidade de vida.

Com o aumento da esperança média de vida e a prevalência cada vez maior de doenças crónicas incapacitantes, as informações obtidas apenas pelos diagnósticos não eram capazes de retratar de forma relevante a situação da saúde das pessoas e das populações e, em 2001, surge a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Ribeiro et al. 2021). A versão portuguesa da CIF surge em 2004, abordando o estado de saúde do cliente segundo um conceito positivo, dando ênfase aos recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas e os contextos onde se inserem e não apenas às alterações nas funções e estruturas do corpo (OMS, 2004; Ribeiro et al., 2021). Assim, *Deficiência* é uma perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica (incluindo funções mentais), a *Incapacidade* é um termo abrangente que considera as interações entre o corpo e o contexto social, ou seja, é uma situação de vida que pode e deve ser transformada com intervenções no ambiente e não necessariamente na pessoa (OMS, 2004; Jardim, 2020).

Na área de intervenção de ER podemos ter clientes com os mesmos diagnósticos, mas com perfis muito distintos ao nível da execução das AVD e da sua participação, onde os fatores ambientais assumem papel crucial como facilitador ou barreira na funcionalidade e na capacidade dos clientes (OMS, 2004). Neste âmbito, os cuidados prestados pelo EEER devem ser adequados à condição de cada cliente, às estruturas e funções do corpo com

deficiência prévia ou resultantes de acidente, e aos níveis de atividade e participação habituais, sem descorar os fatores ambientais e pessoais.

Como exemplo da nossa intervenção ao nível da capacitação de uma cliente, Sra. M.L., com 64 anos, residente com o marido, com limitação da atividade e da sua autonomia para a reinserção e exercício da sua cidadania, destacamos o caso de uma cliente acompanhada em ECCI, referenciada pelo Hospital após um longo período de VMI por pneumonia a SARS-CoV-2, resultando na já abordada problemática da imobilidade associada aos Cuidados Intensivos.

À apreciação inicial antecedeu uma consulta do processo clínico através da plataforma de referência, com acesso a planos de reabilitação prévios, evolução das várias radiografias de tórax e da TAC torácica. Na primeira sessão foram identificadas alterações da função respiratória (taquipneia com dispneia a mínimos esforços, caracterizada de score 6 na escala de *Borg* Modificada, dessaturação até 88% na mobilização dos membros superiores, com recuperação lenta e utilização dos músculos acessórios), ao nível motor verificou-se diminuição acentuada da força dos membros superiores e inferiores, ausência do equilíbrio estático e dinâmico (a cliente fazia levantar para a cadeira de rodas com apoio mas não conseguia realizar marcha). Bartolomeu et al. (2021) reconhecem que os doentes que necessitam de VMI são sujeitos a longos períodos de imobilização por indução de um estado de coma e de bloqueio neuromuscular levando a atrofia do músculo esquelético e a fraqueza muscular.

Ao nível do sistema nervoso não pareciam existir alterações neurológicas, contudo, é comum a diminuição da estimulação cognitiva de forma prolongada conduzir a alterações do equilíbrio, da coordenação e da capacidade de resolução de problemas, aprendizagem e memória (OE, 2013). Havia ainda alterações do olfato e do paladar, sintomas associados à COVID-19, passíveis de configurar lesões a nível dos pares cranianos I, VII e IX, respetivamente. Uma revisão narrativa sobre o tema, publicado no *Electronic Journal Collection Health*, descreve o mecanismo fisiopatológico da anosmia como uma resposta imunológica rápida mediada por citocinas ou uma lesão direta dos neurónios olfativos mediado pelas proteases ligadas à instalação e replicação do vírus, devido a altos níveis de enzima conversora de angiotensina tipo 2 e protéase serina transmembranar tipo 2 no local (Cardoso et al., 2020).

Em acordo com a Sra. M.L. e esposo, definimos como principal objetivo do plano de intervenção o retomar da marcha e o treino de AVD, nomeadamente a higiene e o vestir-se, alimentar-se e eliminar de forma mais autónoma possível. As intervenções dirigiram-se para a função respiratória, para o fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores e melhoria do equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática. Associado a isto, tornou-se essencial o ensino das técnicas de conservação de energia e controlo da dispneia,

reeducação da função vesical e intestinal. As ações desenvolvidas enquadraram-se tanto no Sistema Parcialmente Compensatório, atendendo às limitações que devem ser colmatadas pelo EEER, como no Sistema de Apoio-Educação, na aquisição de novas competências e estratégias de adaptação que promoveram a sua autonomia e representaram um incremento na sua autoestima como defende Cordeiro et al. (2012).

Este plano traduziu-se em ganhos objetivos: melhoria na função pulmonar e redução da sensação de dispneia, melhoria na força muscular dos membros inferiores e manutenção da posição ortostática, possibilitou a marcha, subir e descer escadas e realizar caminhadas na rua. A concretização destes ganhos contribuiu para o objetivo estabelecido inicialmente: retomar a marcha sem necessidade de apoio e realizar as AVD sem ajuda. A melhoria da função sensorial e motora permitiu a utilização do sanitário e o abandono de dispositivos urinários externos, a utilização da banheira e a dispensa de uma prestadora de cuidados domiciliários, bem como a confeção de algumas refeições dispensando a aquisição de refeições no exterior.

A independência na realização das AVD envolve questões de natureza emocional, física e social e alterações neste domínio, podem alterar a dinâmica familiar, com consequências nas relações interpessoais dos vários membros da família, tal como no seu bem-estar. Saliento a colaboração e a postura pró-ativa do marido em todo este processo de reabilitação, ao longo de dois meses, pela constante adequação do espaço, por nós sugerida, na promoção da mobilidade e na eliminação de barreiras arquitetónicas, como tapetes ou mesas de apoio, permitindo a promoção de ambientes seguros. Do mesmo modo, identificamos e selecionamos o calçado mais adequado a cada situação e prescrevemos produtos de apoio como alteadores de sanita, calçadeira ou escova com cabo extensível, intervenção autónoma do EEER (Despacho nº 7197/2016, 2016). Procurámos, com esta abordagem, potenciar capacidade de realizar as atividades de autocuidado o mais independentemente possível através do treino das capacidades remanescentes em concomitância com o recurso a estratégias adaptativas (OE, 2011). Por outro lado, a diáde cliente e família/cuidador manteve um constante desafio à ECCI, a mim em particular, pela pertinência das questões que colocava em cada visita, estimulando o aprofundamento de algumas situações. Uma delas prendeu-se com a ausência de olfato e paladar, relacionadas com a doença que motivou esta situação.

O treino olfativo, que oferece estímulos odorantes ao sistema olfativo e contribui para a regeneração do mesmo pode ser aplicado com duas sessões diárias nas quais o doente inspira por 15 segundos quatro odores diferentes, perfazendo uma duração mínima de seis meses de terapia (Cardoso et al., 2020). Apesar dos resultados modestos desta terapia, segundo os autores da revisão narrativa atrás mencionada, este dado contribuiu para momentos muito interessantes na medida em que catalisou a ida e as caminhadas pelo

grande jardim anexo à habitação onde muitas plantas aromáticas foram usadas para este treino. Tal situação não só promoveu o treino de exercício que se replicava na nossa ausência, como permitiu o reatar pequenos diálogos com a vizinhança, interrompidos por uma doença ainda pouco conhecida, mas potencialmente contagiosa e mortal. Destaco a importância da realização desta atividade física e de exercício físico, que se tornou regular, intervenção que potencia a funcionalidade e maximiza a independência no autocuidado em pessoas com restrição da participação, fomentando a reinserção e o exercício da sua cidadania. Os ganhos obtidos pelo treino de atividades e treino de exercício, no momento da alta, traduziram-se numa redução muito significativa da dispneia em esforço, de 8 (dispneia muito intensa) para 2 (dispneia leve), avaliado pela escala de *Borg modificada*; aumento na pontuação na TNF, de 89 (funcionalidade muito reduzida) para 34 (funcionalidade média); redução do risco de queda, de 60 (risco elevado) para 25 (risco médio); alteração no índice de *Barthel*, de dependência grave (score 35) para dependência ligeira (score 95).

Quanto à competência **J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**, definimos o objetivo: *Conceber, implementar e avaliar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia.*

Tendo por alvo o cliente com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida, a ER visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a maximização da funcionalidade evitando ou mitigando as incapacidades, na promoção constante da autonomia e da qualidade de vida, segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015a). Neste sentido o treino de exercício para clientes com necessidades especiais torna-se, de acordo com Novo et al. (2021), uma ferramenta essencial e um coadjuvante terapêutico essencial para cumprir com os desígnios da ER. O mesmo autor define o exercício físico como uma atividade física programada, estruturada e repetida, com objetivos específicos, por forma a manter ou melhorar a forma física, o rendimento ou a saúde do indivíduo.

Foram muitas as situações onde tivemos a oportunidade de intervir na melhoria destas capacidades, junto de clientes alvo da nossa intervenção, incrementando a funcionalidade através do ensino, instrução e treino de exercícios de fortalecimento muscular, de equilíbrio corporal, de marcha, associadas ao treino de AVD e de reeducação ao esforço. E é exatamente neste ponto que pretendemos debruçar-nos relativamente ao seu contributo para a aquisição da competência aqui em questão.

Tal como fizemos para comprovar outras competências, existe um paralelismo entre o compromisso de uma função e a necessidade de desenvolver capacidades na pessoa que minimizem ou suprimem tais limitações. Por outro lado, compreendemos o papel central da

otimização da capacidade funcional e do exercício enquanto demonstrativos da qualidade da intervenção especializada de ER na maximização das funções remanescentes.

Em ECCI, destacamos a intervenção junto da Sra. A.M., 52 anos, com antecedentes de HTA, dislipidemia e síndrome depressivo, com alta hospitalar sob oxigenoterapia a 3 l/m, contínua, depois de um internamento que incluiu 5 dias de VMI por pneumonia a SARS-CoV-2. Apresentava, na primeira avaliação, alterações na função respiratória, com taquipneica (20 cpm) a mínimos esforços, dessaturação com a redução ou suspensão da oxigenoterapia instituída. Após avaliação pela escala de *Borg* Modificada, referia uma dispneia *score* 3 em repouso e *score* 7 em esforço (para atividades como ida à casa de banho e cuidados de higiene). Encontrava-se completamente dependente do filho e do esposo, para a realização das AVD e as perspetivas de recuperação a médio prazo pareciam reduzidas a avaliar pela sua atitude pessimista, pelos múltiplos momentos de silêncio e de labilidade emocional. Couto et al. (2021) salienta que o compromisso cardiorrespiratório exige ao cliente e aos seus cuidadores um processo de transição saúde-doença com impacto não só nos processos corporais, mas também nos processos psicológicos, emocionais e sociais. O mesmo autor reforça a necessidade de avaliação e intervenção para além da função muscular nomeadamente ao nível da ansiedade, depressão e consequentemente, ao nível da qualidade de vida, reforçando a necessidade de abordar a saúde mental.

De acordo com a *Australian College of Mental Health Nurses* (2020), a ansiedade e o medo, relacionados com a COVID-19, levaram a sentimentos de insegurança, desespero, tristeza, luto e uma profunda falta de motivação, agravada pelo facto de os clientes serem lembrados da sua própria mortalidade. Por outro lado, Pfefferbaum & North (2020) revelam que, os clientes e os profissionais de saúde experimentam alterações emocionais tão diversas como stress, depressão, irritabilidade, insónia, medo, confusão, raiva, frustração, apatia e *burnout*, reforçando a necessidade do acompanhamento psicossocial permanente de todos os intervenientes. Por sua vez, Usher & Bhullar (2020), demonstram que a necessidade de distanciamento físico, pelo risco de contágio e transmissão da COVID-19, acentuou a falta de vínculos interpessoais, também eles ligados à saúde física, emocional e mental precária. O mesmo autor defende que garantir atividades de exercício diário, ainda que para alguns dentro de casa, tem um impacto positivo na saúde mental, tal como verificamos neste caso.

Delineamos um programa assente nos focos relacionados com o compromisso cardiovascular, centrados nos processos corporais (como a ventilação, o movimento comprometido e a intolerância ao esforço) seguidos dos processos intencionais (como a adesão e a gestão do regime terapêutico) e pelos processos cognitivos (aquisição de conhecimentos e de capacidades) tendo em consideração a particular condição mental desta cliente (OE, 2019b; Couto et al., 2021). Tratando-se de uma mulher profissionalmente ativa,

cozinheira de profissão, a nossa intervenção passou por atingir uma condição final que pudesse garantir o retorno à sua atividade profissional, transmitindo aos seus familiares segurança no seu processo de recuperação de modo a voltar a ocupar o lugar central na família. Contornamos a intolerância à atividade física através do encorajamento e realização de exercício físico que prescrevemos. Novo et al. (2021) referem que a prescrição de exercício físico obedece à verificação de parâmetros como a intensidade, frequência, duração, tipo de exercício, volume e progressão do treino, estando interligados a estabilização da doença, as limitações da doente e a sua motivação.

Nesse sentido, a médica de família prescreveu terapêutica antidepressiva e encaminhou para a consulta de psiquiatria à medida que os relatos da Sra. A.M. deixaram transparecer sentimentos de medo, angustia e pânico, aparentemente agravados pelo internamento e pela situação de internamento como defendem os autores acima referenciados. A intervenção da psicóloga permitiu manter o foco na recuperação e da motivação em todo o processo de recuperação, sublinhando as pequenas, mas significativas conquistas, na melhoria da função respiratória e motora. Por outro lado, a intervenção da técnica de serviço social foi importante na agilização de processos burocráticos associados à falta de rendimentos do agregado familiar para manter um padrão digno de qualidade de vida. Também a secretária de unidade teve um papel relevante na marcação e realização dos testes PCR para SARS-CoV-2, à Sra. A.M e restantes elementos do agregado familiar, elementos necessários para a prestação de cuidados seguros, que não colocassem em risco os profissionais os outros utentes acompanhados pela ECCI.

A família, presente em permanência na habitação, devido ao confinamento obrigatório, foi envolvida nos objetivos do programa, na reorganização do espaço de modo a possibilitar a prática do exercício, através da disposição dos móveis, da remoção de tapetes, da localização e manutenção do concentrador de oxigénio, ou até na escolha de ementas que melhor se adequavam às necessidades calóricas e proteicas, tendo em conta os recursos e as preferências do agregado.

Assegurada a função cardiorrespiratória, duas semanas após o início do programa de reabilitação, já sem necessidade de oxigenoterapia, o treino de exercício expandiu-se para fora da habitação. Esta transição de casa para a rua foi possível pela otimização da musculatura respiratória que o treino respiratório configura. De acordo com Novo et al. (2021), nesta situação de fraqueza muscular inspiratória, o treino deve iniciar-se com cerca de 30% da capacidade máxima inspiratória, progredindo até 60% nas 8 semanas seguintes, monitorização que se tornou possível pela utilização do espirómetro de incentivo fornecido pelo hospital. A deambulação por curtos períodos (3 a 5 minutos), foi incrementada para mais frequente (2 a 3 vezes/dia) com baixa intensidade no início (plano horizontal), avaliada pela sua perceção ao esforço, com recurso à escala de *Borg* Modificada enquanto alternativa

segura na aferição do exercício físico (OE, 2018). Uma semana depois encontrava-se a subir e descer escadas, o equivalente a um 2º andar, com saturações periféricas de oxigénio de 96% (*score* 3 na escala de *Borg*), mantendo todos os exercícios iniciais, com mais repetições, com uso de pesos, bandas elásticas e pedaleira. Este treino aeróbio, contemplando níveis de intensidade moderado e/ou elevado, é a melhor e a mais bem descrita modalidade de treino devido à sua eficácia e eficiência (Novo et al. 2021). A higiene, o vestir-se e a confeção de algumas refeições faziam já parte de um conjunto de atividades restabelecidas, sendo que a promoção do autocuidado esteve efetivamente dependente do ensino, instrução e treino de técnicas que permitam ao cliente a sua independência, procurando o menor dispêndio de energia e de consumo de oxigénio (OE, 2018).

Por fim, o plano passou a incluir caminhadas em plano inclinado, e subir e descer escadas, o equivalente a um 4 andar, como parte de um treino de força e resistência. Este percurso, com cerca de 1Km, foi replicado na companhia do filho, com idas ao supermercado, transportando pesos progressivamente mais elevados, promovendo o aumento e fortalecimento das massas muscular e óssea, através de exercício de contração muscular resistida (Novo et al. 2021), através do levantamento dos sacos das compras.

Relativamente à segurança do treino, destacamos a importância de garantir que eram cumpridas as fases de aquecimento, carga e relaxamento, assim como, durante a realização dos exercícios de treino resistido dos membros superiores, a manutenção da amplitude e plano do movimento articular e postura corporal (OE, 2018). Assim, este plano de intervenção traduziu-se em ganhos objetivos, com melhoria da capacidade respiratória, diminuição de sintomas como a fadiga e a dispneia e uma melhoria da capacidade para o autocuidado permitindo-lhe maior independência no seu dia-a-dia e maior qualidade de vida e bem-estar.

2. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS

Terminada a descrição e análise das atividades realizadas ao longo do estágio, para a aquisição das competências comuns e específicas do EEER, importa realizar uma avaliação e uma sistematização de todo o percurso em termos de aprendizagem. Delineamos objetivos gerais e específicos que balizaram as ações durante o ensino clínico e adotamos, como linha condutora a todas as intervenções, o modelo teórico de Dorothea Orem e a sua Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem para a promoção do autocuidado e para a restauração da autonomia. Neste exercício de retrospeção, importa sublinhar os fatores positivos e negativos que contribuíram para o desfecho positivo deste percurso e de que forma ele transformou a minha forma de agir.

Com mais de 25 anos de experiência profissional na prestação de cuidados, em diferentes contextos e diferentes etapas do ciclo de vida das pessoas, a decisão de aumentar os conhecimentos sobre uma área específica da profissão foi encarada como um desafio. As Unidades Curriculares do *tronco comum* forneceram e estruturaram conhecimentos e ferramentas de aprendizagem para o ensino clínico e para a construção deste relatório, com particular destaque para as Unidades Curriculares de Enfermagem Avançada e de Supervisão Clínica. Explorámos conceitos fundamentais e contactamos com teorias e modelos permitindo a identificação do pensamento teórico de Orem que estruturou a intervenção, de acordo com os seus pressupostos, guiando a compreensão no domínio da ER. Por fim, as Unidades Curriculares de Enfermagem de Reabilitação I, II e III, com os seus conteúdos, constituíram as bases de conhecimento necessárias para que o desenvolvimento de competências acontecesse com qualidade em contexto da prática.

Os trabalhos académicos realizados em grupo permitiram a aquisição de ferramentas de trabalho na área da investigação, de apropriação de conhecimentos e de partilha de experiências acerca de realidades e de contextos tão diversos e distintos. Apesar disso, os trabalhos individuais, no qual se enquadra este relatório, os jornais de aprendizagem e os estudos de caso, constituíram-se como a minha maior dificuldade, tanto na transposição das atividades refletidas, como na redação dos conteúdos analisados ou na observação das normas de construção dos trabalhos académicos, dinâmica que desejo continuar a desenvolver e a melhorar no futuro enquanto agente ativo nesta área de especialização e no campo da investigação.

O projeto de estágio, ferramenta dinâmica de desenvolvimento da aprendizagem, permitiu realizar a revisão narrativa nele incluída e foi o elemento-chave para que toda a ação, daí em diante, fosse estruturada e baseada na melhor evidência científica disponível. Fui constantemente desafiado pelo DO na procura do melhor estado da arte, também pelo desconhecimento generalizado acerca da COVID-19, que marcou o ensino clínico. De facto,

assistiu-se a um esforço de partilha global de conhecimentos, muitos deles ainda sem validação científica *alargada*, que levou a uma atenção redobrada sobre os métodos de investigação envolvidos. Também neste domínio, a sabedoria e a disponibilidade dos EO e DO foram preponderantes na construção do corpo de conhecimentos necessários para uma tomada de decisão esclarecida numa área em constante atualização. No âmbito do processo de tomada de decisão, a integração do Processo de Enfermagem nos diferentes contextos ocupou lugar de destaque no desenvolvimento do raciocínio clínico e na sistematização das ações. Centrada na avaliação, diagnóstico, planeamento das intervenções e na avaliação dos resultados, este método esteve intencionalmente focado na capacitação, na autonomia e na qualidade de vida das pessoas que vivem processos de transição. O pensamento crítico foi um dos recursos mobilizado na análise das muitas experiências vivenciadas permitindo uma compreensão efetiva destas. A integração dos resultados decorrentes dessa análise reflexiva, contribuíram para que a ação fosse estruturada, segura e efetivamente compreendida por todos os intervenientes, promovendo o autoconhecimento e a assertividade.

A integração nos contextos e nas equipas, nos ensinamentos clínicos, revelou-se simples, o bom relacionamento com todos os elementos da equipa interdisciplinar foi catalisador na percepção das dinâmicas e na partilha de saberes, proporcionando o mais diversificado leque de contactos na prestação de cuidados. A comunicação foi um elemento facilitador, essencial para o desenvolvimento de uma relação empática e central para a prestação de cuidados baseada na confiança e respeito.

Nos diferentes contextos pude confirmar o papel diferenciado do EEER na RFR da pessoa com pneumonia e tive necessidade de aprofundar a sua atuação junto do doente crítico, submetido a VMI, uma vez que grande parte das pessoas alvo dos meus cuidados eram provenientes de UCI-COVID. Foi importante perceber a instalação do quadro de miopatia associada aos cuidados intensivos e a melhor forma de potenciar as funções remanescentes na obtenção do maior grau de autonomia, por vezes conseguido *à posteriori*, em ambiente comunitário onde também atuamos. Sublinho a necessidade da integração dos utentes em programas de reabilitação precoces, instituídos pelos EEER, nos vários serviços e contextos da prática.

Em ECCI, a vertente da promoção do autocuidado e o restabelecimento da autonomia e integração social assumiu mais visibilidade e permitiu um trabalho de maior proximidade entre os diferentes intervenientes do processo de reabilitação, incluindo a díade cliente/família. Este contexto permitiu alargar conhecimento sobre os produtos de apoio que ajudam na adaptação das incapacidades e limitações e sobre a forma como os instrumentos de avaliação disponíveis ajudaram a completar a avaliação inicial de cada cliente, objetivar

os ganhos obtidos e monitorizar os planos de intervenção implementados, reformulando-os sempre que necessário.

Destaco a importância de todas as valências e encaminhamentos que na RNCCI, bem como a possibilidade de referenciação para outros técnicos de saúde, representando valor acrescentado na prestação de cuidados em proximidade. Ressalvo como aspetos negativos o pouco de tempo disponível para cada caso, pela escassez de recursos humanos e os elevados tempos de espera para integrar a ECCI que podem levar à perda de potencial de reabilitação e à perda dos ganhos obtidos na implementação de programas de reabilitação ainda no internamento. A avaliação constante do potencial de reabilitação e de análise dos elementos inibidores e facilitadores para a promoção da autonomia transformaram a forma de estar e de agir na prática diária, nomeadamente ao nível da referenciação para os EEER do serviço e na colaboração com a equipa de gestão de altas na referenciação para a RNCCI.

Em contexto de HD, foi possível conjugar em pleno as três premissas do projeto de estágio: a RFR da pessoa/família com pneumonia, a promoção do autocuidado e contexto de HD. Durante grande parte do ensino clínico esta possibilidade esteve ameaçada pela indisponibilidade em receber alunos. Ditou o destino e a persistência do DO que esta incursão numa modalidade de internamento em franca expansão, pudesse contribuir para experienciar uma dinâmica de prestação de cuidados especializados no conforto e na segurança do domicílio de cada cliente.

Assim, considero que os programas individualizados de RFR implementados e descritos ao longo deste documento demonstram bem a importância do EEER na capacitação da pessoa/família para o autocuidado à medida que implementa o programa de RFR. Os cuidados prestados não se centraram apenas na promoção do autocuidado à pessoa com pneumonia, englobando cuidados gerais e especializados, à pessoa com alterações a nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação e eliminação, e que necessitava da intervenção da área de especialidade da ER.

Foi um leque de conhecimentos e um número acrescido de competências que nos conferiram uma autonomia crescente na tomada de decisão, intervindo na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados, na reintegração comunidade, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2019b)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório reflete o processo de aprendizagem e de consolidação das competências do EEER, bem como as competências inerentes ao grau académico de mestre, tendo por base os descritores de Dublin. Tendo por base o projeto de estágio, norteado por um conjunto de objetivos e respetivas atividades a realizar, este documento espelha de forma clara a minha crescente autonomia referente à tomada de decisão e resolução de problemas em situações novas e de maior complexidade. A sua redação foi um processo desafiante, envolveu a necessidade permanente de uma análise crítica da prática e da evidência científica, em constante atualização, e dos princípios éticos e deontológicos que se encontram inerentes ao exercício da profissão.

O ensino clínico, desenvolvido em três contextos da prática de cuidados, foi fundamental para aprofundar conhecimentos numa temática que constitui uma preocupação atual e, acima de tudo, uma oportunidade para confirmar a atuação do EEER como central nos processos de transição saúde-doença, na HD, nomeadamente na pessoa com pneumonia. A descrição, análise e avaliação das aprendizagens realizadas ao longo deste relatório permitem verificar um nível de perícia na apreciação de cada situação de cuidados, no estabelecimento de intervenções, e na avaliação e reestruturação da intervenção, de forma individualizada e com elevado nível de complexidade. Do mesmo modo, esta aprendizagem contribuiu para a prestação de cuidados especializados e de qualidade, tendo como foco a promoção do bem-estar e do autocuidado, a prevenção de complicações e maximização das capacidades do cliente, visando em todos os momentos alcançar a sua máxima satisfação.

É perante esta constatação que perspetivo integrar, em breve, a equipa de HD da *minha instituição*, dando continuidade a este percurso, quer pelo desempenho de funções de EEER na prática profissional, quer pela continuidade do percurso formativo, indissociável no desenvolvimento constante de conhecimentos e competências, na procura de um desempenho profissional de qualidade.

Para finalizar, considero que este percurso foi desafiante, exigente, obtendo aprendizagens para a vida, reconhecendo que a diversidade de experiências e as pessoas com que me cruzei, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Evoluí significativamente no meu desempenho, na prática diária de cuidados, na transposição dos obstáculos ou no enriquecimento da realidade dos clientes, parceiros na relação do cuidar. Sobre tudo sinto-me uma pessoa diferente, mais humana e capacitada para ver o outro enquanto pessoa. Para tal foi, e será sempre necessário, dedicação e empenho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, J. S. (2021). Integração dos enfermeiros e Construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica (Dissertação de Mestrado) disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.260/39577/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado_Joana%20Albuquerque.pdf
- Anderson, J. & Corso, S. (2016). Inpatient rehabilitation improves functional capacity, peripheral muscle strength and quality of life in patients with community-acquired pneumonia: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 62 (2), 96-102. DOI: 10.1016/j.jphys.2016.02.014
- Andrade, A.M., Silva, K.L., Seixas, C.L. & Braga, P.P (2017). Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 199-208. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0214
- Appleton, R. & Kinsella, J. (2012). Intensive care unit- acquired weakness. *Continuing Education in Anesthesia, Critical Care & Pain*. 12 (2), 62-66. DOI: 10.1093/bjaceaccp/mkr057
- Assunção R.G., Pereira W.A. & Abreu, A.G. (2018). Pneumonia bacteriana: aspectos epidemiológicos, fisiopatologia e avanços no diagnóstico. *Revista de Investigação Biomédica*.10(1), 83-91. DOI: 10.24863/rib.v10i1.211
- Australian College of Mental Health Nurses (2020). The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 315–318. DOI: 10.1111/inm.12726bs_bs_banner
- Bartolomeu, R. & Rodrigues, P. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação in O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e práticas*. (pp.336-362). Lisboa: Lidel
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: A thinking-in-action approach*. (2ªed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Bernard, S., Ribeiro, F., Maltais, F. & Saey, D. (2014), Prescribing exercise training in pulmonary rehabilitation: A clinical experience. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 20(2), 92-100. DOI: 10.1016/j.rppneu.2013.10.005

- Bertone, T. B., Ribeiro, A. P. & Guimarães, J. (2007 ago). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, (3), 1-5. Acedido a 18-03-2022. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Braga, R. (2017). Avaliação da Função Deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp:181-188). Loures: Lusodidata
- British Thoracic Society (2009). *British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009*. *Thorax*, 64(Suppl III), iii1–iii55. DOI: 10.1136/thx.2009.121434
- Brum, G. & Froes, F. (2001). *Pneumonia: 25 perguntas frequentes em pneumologia*. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Disponível em: https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/n%C3%A2%C2%BA8_julho-dezembro2001_pneumonias.pdf
- Canadian Nurses Association. (2019). *Advance Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework*. Ottawa: Canadian Nurses Association. Disponível em: <https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Advanced Practice Nursing framework E N.pdf>
- Cardoso, M., Guimarães, L., Andrade, I., Silva, A., Sousa, G., Castro, L. ... & Zanuncio, A. (2020). Anosmia e disgeusia no paciente com coronavírus: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health*. 46, 1-8. DOI: 10.25248/reas.eXX.2019
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória*. Loures: Lusociência
- Couto, R., Silva, R.P., do Mar, M.J. & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório in O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e práticas*. (pp.234-280). Lisboa: Lidel
- Cunha, V., Escarigo, M. C., Correia, C., Nortadas, R., Azevedo, P.C., Beirão, P. ... & Delerue, F. (2017). Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade

Portuguesa. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 24 (4), 290-295. DOI: 10.24950/rspmi/O112/17/2017

Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República* (n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06). 3857-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/p/cons/20211215/pt/html>

Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008). Promove o aprofundamento do Processo de Bolonha no ensino superior e altera os Decretos-Leis nº 74/2006, de 24 de Março, 316/76, de 29 de Abril, 42/2005, de 22 de Fevereiro, e 67/2005, de 15 de Março. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República* (n.º 121/2008, Série I de 2008-06-25), 3835–3853. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República* (n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24), 2242-2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

Delerue & Correia (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25 (1), 15-17. DOI: 10.24950/rspmi/Op/1/2018

Despacho n.º 9323-A/2018 (2018). Aprova o Modelo de Deliberação de criação e de Regulamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária. Ministério da Saúde. *Diário da República* (n.º 191/2018, 1º Suplemento, Série II de 2018-10-03), 26900- 26905.

Despacho nº 7197/2016 (2016). Lista de produtos de apoio. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. *Diário da República* (n.º 105/2016, Série II de 2016-06-01), 17168-17185. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/7197-2016-74587625>

Dias, L. J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica do Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca*. 2(1), 39-40. Disponível em : <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1529/1/Sistema%20de%20Melhoria%20Cont%C3%ADnua%20da%20Qualidade%20dos%20Cuidados%20de%20Enfermagem.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Norma 021/2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma 008/2019. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Antibioterapia na Pneumonia Adquirida na Comunidade em Adultos Imunocompetentes*. Norma nº 045/2011. Acedido a: 22/09/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0452011-de-26122011-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Hospitalização Domiciliária em idade adulta- Norma nº 020/2018*. Acedido a: 22/06/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202018-de-20122018-pdf.aspx>

Dowell, S., Moss, G. & Odedra, K. (2018). Rapid response: a multiprofessional approach to hospital at home. *British Journal of Nursing*, 27(1), 24–30. DOI: 10.12968/bjon.2018.27.1.24

European Observatory on Health Systems and Policies. (2013). *Home Care across Europe – case studies*. Acedido a: 06/06/2020. Disponível em: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>

Froes, F., Diniz, A., Mesquita, M., Serrado, M. & Nunes, B. (2013). Hospital admissions of adults with community-acquired pneumonia in Portugal between 2000 and 2009. *European Respiratory Journal*, 41, 1141.1146. DOI: 10.1183/09031936.00216711

Garcia, S., Cunha, M. & Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio par pessoas idosas in O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e práticas*. (pp.234-280). Lisboa: Lidel

Gomes, B. & Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp-253-262). Loures: Lusodidata.

Gonçalves, L., Castelo-Branco, M. & Campanella, N. (Coord) (2018). *e-Saúde livro de ensino para estudantes de cursos de ciências da saúde e para profissionais de saúde*. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Disponível em: <https://www.ubi.pt/Ficheiros/Sites/12/Paginas/945/eSaude.pdf>

- Gonçalves, R. M. P. (2013). Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9458/1/Tese%20Mestrado%20Rui%20Gon%C3%A7alves.pdf>
- Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência.
- Grief, S. N. & Loza, J. K. (2018). Guidelines for the Evaluation and Treatment of Pneumonia. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 45, 485–503. DOI: 10.1016/j.pop.2018.04.001
- Heitor, M; Canteiro, M.; Ferreira, J.; Olazabal, M. & Maia, O. (2017). *Reeducação Funcional Respiratória*. 3ª Edição.
- Hespanhol, V.& Bárbara, C. (2020). Pneumonia mortality, comorbidities matter?. *Pulmonology Journal*; 26 (3): 123-129. DOI: 10.1016/j.pulmoe.2019.10.003
- Hospital Garcia de Orta. (2018). *Unidade de Hospitalização Domiciliária - Programa Funcional*. Acedido a: 20/05/2020. Disponível em: http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/UHD_Plano_Funcional_2018.pdf
- Instituto da Segurança Social (2022). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Instituto da Segurança Social
- Instituto Nacional de Estatística (2020). (Informação à Comunicação Social). *Dia Mundial da Saúde – 7 de Abril – 2008-2019*. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=427079890&att_display=n&att_download=y
- Jardim, P. M. (2020) Deficiência e incapacidade: a importância do consenso na terminologia em saúde funcional. *Revista CIF Brasil*, 12(1), 06-15. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/pedro-jardim-5/publication/344515916_deficiencia_e_incapacidade_a_importancia_do_consenso_na_terminologia_em_saude_funcional_impairment_and_disability_the_importance_of_consensus_in_functional_health_terminology_revista_cif_brasil_202012/links/5f7db2cea6fdccfd7b4ce0ee/deficiencia-e-incapacidade-a-importancia-do-consenso-na-terminologia-em-saude-funcional-impairment-and-disability-the-importance-of-consensus-in-functional-health-terminology-revista-cif-brasil-202012.pdf

- Júnior, B., Martinez, B. & Neto, M. (2014). Impacto do Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos na Amplitude de Movimento de Pacientes Graves: Estudo Piloto. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 26(1), 65-70. DOI: [10.5935/0103-507X.20140010](https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140010)
- Kurtaiş, A.Y., Köseoglu B.F., Özyemişçi T.O., Kutay, O.G.N., Ünsal D.S. & Sonel, T.B. ... & Tıkız C.. (2021). Pulmonary rehabilitation principles in SARS-COV-2 infection (COVID-19): The revised guideline for the acute, subacute, and post-COVID-19 rehabilitation. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67(2), 129-145. DOI: 10.5606/tft.2021.8821
- Lawrence, P. & Karakashian, A.L. (2021). Pneumonia in Older Adult. *Cinahl Information Systems*. 1509 Wilson Terrace, Glendale, CA 91206.
- Lawrence, Patricia. (2018). Pneumonia in Older Adult. *Cinahl Information Systems*. 1509 Wilson Terrace, Glendale, CA 91206
- Lei nº 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. Assembleia da República. *Diário da República* (1.ª série, N.º 181 — 16 de setembro de 2015), 8059-8105. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lei nº 52/2012 (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. *Diário da República* (n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05), 5119-5124. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- March, Penny; Schub, Tanja. (2018). Pneumonia Community-associated - ICD-9. *Cinahl Information Systems*. 1509 Wilson Terrace, Glendale, CA 91206.
- Marques-Vieira, C. & Caldas, A. (2016). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 547-557). Loures: Lusodidacta
- Martins, M.M., Ribeiro, O. & Shoeller, S.D. (2021) Investigação e inovação em enfermagem de reabilitação in O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e prática* (pp.336-362). Lisboa: Lidel
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.ª Ed.). Philadelphia: Wolters Kulwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Saúde (s.d.a). SCLínico | *Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH)*. Acedido a: 20/05/2022. Disponível em: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

Ministério da Saúde. (2022). *COVID-19*. Acedido a 20-05-2022. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/>

Ministério da Saúde. (s.d.b). *Novo coronavírus SARS-CoV-2 | Covid-19*. Acedido a: 20/05/2022. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/novo-coronavirus-sars-cov-2-covid-19/>

Mororó, D, Enders, B., Lira, A., Silva, C. & Menezes, R. (2017) Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*. 30(3), 323-332. Doi: 10.1590/1982-0194201700043

Neves, A., Gomes, V., Moreira, AP., Paisana, AM., Luzio, P. & Silva, B. (2000) – Transporte de Doentes em Estado Crítico. *Revista Nursing*. 12 (144), 37-40.

Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M. & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico in O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e práticas*. (p.76-81). Lisboa: Lidel

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 454 p.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). *Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal – Retrato da saúde 2018. O estado da Saúde em Portugal*. SNS, Lisboa.

Oliveira, J., Pacheco, A., Marques, F., Santos, J.A. & Neiva, S. (2021). Enfermagem de reabilitação em contexto de pandemia pela COVID-19 in O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e práticas*. (pp.695-701) Lisboa: Lidel

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros. Cadernos OE, Série 1, n 10. ISBN: 978-9898444-41-7

Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.

Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário Da República, 2.a Série- Nº 85 de 03-05-2019, 13565–13568

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Porto.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby

Organização Mundial de Saúde (2004) *A classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2008) *Home Care in Europe - the solid facts*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-june-2021>

Pessoa, E., Cristina, B., Viegas, L., Costa, A., Rosa, M. & Nogueira, P. (2020). Factors associated with in-hospital mortality from community-acquired pneumonia in Portugal: 2000–2014. *BMC Pulmonary Medicine* 20 (18). DOI: 10.1186/s12890-019-1045-x

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

Pfefferbaum, B. & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 510-512. DOI: 10.1056/nejmp2008017

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

Potra, T. (2015). Gestão de Cuidados de Enfermagem: Das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. (Tese de Doutoramento). Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/20608>

Prayce, R.; Quaresma, F. & Neto, I.G. (2018). *Delirium: O 7º Parâmetro Vital?*. *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 51-58. DOI: 10.20344/amp.9670

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 157–164. DOI: 10.12707/RIV14081

Raposo, P., Simão, C., Pestana, H., Mesquita, A. & Sousa, L. (2019). Reabilitação da função respiratória na pessoa com pneumonia bacteriana secundária ao influenza a: estudo de caso. *Revista Portuguesa Enfermagem de Reabilitação*. 2 (2), 53-64. DOI: 10.33194/rper.2019.v2.n2,4581

Regulamento n.º 338/2017 (2017). Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional. Ordem dos enfermeiros. *Diário da República* (n.º 120/2017, Série II de 2017-06-23), 12770-12772

Regulamento nº 101/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* (n.º 48/2015, Série II de 2015-03-10), 5948-5952

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* (n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06), 4744-4750

Regulamento nº 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos

Enfermeiros. *Diário da República* (2.^a série, N.º 119 de 22 de junho de 2015), 16655-16660

Regulamento nº 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* (n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03), 13565-13568

Regulamento nº 743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* (n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25), 128-155

Ribeiro, O., Faria, A. & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação in O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e práticas* (pp.58-66). Lisboa: Lidel

Rocha, C. & Redol, F. (2017). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.271-280). Loures: Lusodidata

Rodriguez, M., Cantero, M. & Etxaniz, J. (2018). Estándares y utilidad de la Hospitalización a Domicílio. *Fundación; Imprenta Regional de Cantabria*, ed. Disponível em: <https://silo.tips/download/estandares-y-utilidad-de-la-hospitalizacion-a-domicilio>

Romão, F.I., Dias, L. & Moreno, M.F. (2012). Patologia Respiratória Restritiva. In M. Cordeiro & E. Menoita, *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, princípios e Técnicas* (pp. 211-225) Loures: Lusociência

Rosa, G. L. C. (2019). Declínio Funcional na pessoa com ventilação mecânica invasiva: Intervenção do Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Tese Mestrado não publicada). Esel., Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/32157>

Royal College of Nurse (2007). *Role of rehabilitation nurse – RCN Guidance*. London: Royal College of Nursing

Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação in O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e práticas* (pp.19-27). Lisboa: Lidel

Schub, Tanja; Karakashian, Arsi L. (2021). Pneumonia Bacterial. ICD-9, *Cinahl Information Systems*. 1509 Wilson Terrace, Glendale, CA 91206.

Silva, M. T. M.C. (2017). Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>

Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação (2020). *Plano de atuação na reabilitação de doentes admitidos na unidade de cuidados intensivos por COVID-19*. Disponível em: https://www.spci.pt/media/covid-19/COVID-19_recomendacoes_SPMFR_para_doentes.pdf

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2021). *A Evolução da Hospitalização Domiciliária em Portugal*. Acedido a: 20-05-2021. Disponível em: <https://www.spmi.pt/a-evolucao-da-hospitalizacao-domiciliaria-em-portugal/>

Strikland, S.; Kubin, B.; Drescher, G.; O'Malley, C.; Volsko, T.; Branson, R.; Hess, R. (2013). AARC Clinical Practice Guideline: Effectiveness of Nonpharmacologic Airway Clearance Therapies in Hospitalized Patients. *Respiratory Care*. 58 (12), 2187–2193. DOI: 10.4187/respcare.02925

Tomey, A. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Ed.) Loures: Lusociência

Usher, K. & Bhullar, N. (2020). The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 315–318. DOI: 10.1111/inm.12726

Ventura, J., Martins, M., Trindade, L. L. & Ribeiro, O. (2021). Processo de trabalho dos enfermeiros especialistas de Reabilitação in O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e práticas* (pp.28-33). Lisboa: Llder

World Health Organization. (2021). *Weekly epidemiological update on COVID-19 - 1 June 2021*. Acedido a: 21/05/2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-june-2021>

Zomorodi, M., Topley, D. & McAnaw, M. (2012). Developing a mobility protocol for early mobilization of patients in a surgical/ trauma ICU. *Critical care research and practice*, 1-10. DOI: 10.1155/2012/964547

APÊNDICES

Apêndice 1 – Projeto de Estágio



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

Trabalho de Projeto

**REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA EM
CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: A
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM
PNEUMONIA**



Lisboa

2020



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

Trabalho de Projeto

**REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA EM
CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: A
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM**



Orientador: Professor Ezequiel Pessoa



Lisboa

2020

LISTA DE ABREVIATURAS

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

EE – Enfermeiro Especialista

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

HD – Hospitalização Domiciliária

PAC – Pneumonia adquirida na Comunidade

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RR – Reabilitação Respiratória

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	8
2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	13
3. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO.....	17
3.1. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos	17
3.2. Os locais de Estágio.....	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

APÊNDICES

APÊNDICE I – Planeamento de Atividades

APÊNDICE II – Cronograma de Atividades

APÊNDICE III – Guião de Entrevista para os locais de Estágio

APÊNDICE IV – Apresentação Intercalar do Projeto de Estágio

APÊNDICE V – Apresentação Final do Projeto de Estágio

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas pressupõe uma inter-relação entre os conhecimentos teóricos e os conhecimentos que resultam da experiência profissional. Para integrar a teoria e extrair da prática os contributos que permitirão o desenvolvimento de competências para a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), torna-se necessário e orientador a construção deste projeto. Neste sentido, no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, integrada no plano de estudos do 2º Semestre do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, elaborei o presente documento tendo como objetivo a definição, análise e problematização da área de estudo a operacionalizar em contexto de Estágio, e a identificação das competências gerais e específicas a serem desenvolvidas no âmbito da intervenção EEER em articulação com as competências de Mestre, segundo os descritores de Dublin, definidas para o 2º ciclo de formação.

Este projeto aborda o tema da Reeducação Funcional Respiratória (RFR) na pessoa com pneumonia em contexto de hospitalização domiciliária na perspetiva da promoção do autocuidado da pessoa e família, segundo a Teoria do Autocuidado de Orem.

O primeiro passo para a escolha da temática deste projeto surgiu do interesse pessoal e profissional na área, particularmente pelo fato de desempenhar funções num serviço de Pneumologia Geral, com frequentes internamentos de pessoas com pneumonia, verificando a eficácia das intervenções desenvolvidas pelos colegas EEER presentes no dia a dia. Por outro lado, surge da perspetiva de vir a integrar a equipa de Hospitalização Domiciliária (HD) da minha instituição, num período de particular interesse no alargamento desta filosofia de cuidados especializados prestados em casa, impulsionados pela pandemia que teve início no final do ano passado.

Em 2018 as pneumonias representaram 5.1% do total de mortes em Portugal, com um aumento de 2.5% em relação ao ano anterior, representando uma percentagem duas vezes superior em relação à média da União Europeia (INE, 2020). O número de internamentos associados a esta patologia tem vindo a aumentar refletindo-se nas taxas de hospitalização crescentes entre 2001 e 2011 (2,8 para 4,3

por 1000 habitantes), com maiores taxas de hospitalização nas idades extremas (≤ 4 e ≥ 75 anos) (Pessoa, 2020). Em 2018, 78% dos internamentos por pneumonia corresponderam a doentes com 65 ou mais anos e este grupo contribuiu com 93% do total de óbitos por esta doença (ONDR, 2018). Caraterizada por um processo infeccioso das vias aéreas periféricas, alvéolos e interstício pulmonar, a pneumonia assume lugar relevante na patologia restritiva do pulmão onde a condensação, causada pelo exsudado que se acumula nos alvéolos e nas vias aéreas distais, provocam perda de elasticidade do tecido pulmonar com graves alterações nas trocas gasosas (Cordeiro e Menoita, 2012). O índice de gravidade da pneumonia, que incluiu fatores demográficos, comorbilidades, achados do exame objetivo, laboratoriais e radiológicos, determinam local onde deve ser tratada (DGS, 2011). Alguns estudos apontam para taxas de internamento por pneumonia entre 20 e 30% sendo que as restantes são tratadas em ambulatório (Pessoa, 2020).

Os cuidados especializados obtidos nas unidades de internamento podem, e tem vindo a ser garantidos, cada vez mais, pela modalidade de internamento no domicílio da pessoa/doente recentemente denominada sob a forma de HD. O conceito surge em 1945 em Nova Iorque e chega a Portugal em 2015 no Hospital Garcia de Orta. Atualmente, as 25 unidades de HD, distribuídas por todo o país, constituem uma alternativa aos cuidados hospitalares, e representam mais 215 camas de internamento, o que corresponde a mais de 7290 utentes tratados (SNS, 2020). Enquanto modelo interdisciplinar e capacitador centrado no cliente e nas famílias/cuidadores, “favorece uma maior humanização dos cuidados e estimula a participação ativa das famílias e de outros cuidadores, capacitando-os através do ensino personalizado em função das necessidades e dos recursos individuais, no contexto de vida de cada pessoa” (DR nº191, 2018). A pessoa com pneumonia pode experienciar múltiplos sintomas como a dispneia, dor torácica pleurítica aguda, vômitos, fadiga e mialgias (Lawrence, 2018), podendo condicionar a sua capacidade para o autocuidado. Por outro lado, e tendo em conta o crescente aumento da esperança média de vida, atualmente de 83.9 anos e superior à média da Europa (INE, 2020), muitas das pessoas com pneumonia são portadores de grande número de comorbilidades. A presença de um cuidador/familiar no contexto de HD constitui não só um critério de inclusão como representa um elemento chave para a promoção do autocuidado, quer no acompanhamento e supervisão, quer na satisfação, parcial ou total, das necessidades humanas básicas.

O desenvolvimento de competências na área de Enfermagem de Reabilitação (ER) pressupõe que o EEER integre novos conhecimentos decorrentes da área da investigação, de modo a desenvolver uma prática baseada na evidência (Regulamento n.º 392/2019, 2019). A mais recente situação de pandemia, com a procura urgente de soluções para o tratamento da pneumonia por SARS-CoV-2, veio acrescentar novos desafios na procura de programas de reabilitação para os sobreviventes desta nova patologia. Nesse sentido realizei uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de resumir o estado da arte, relativamente à intervenção do EEER na área da RFR, junto da pessoa com pneumonia, em contexto de hospitalização domiciliária. Para conhecer a área temática e diferentes dimensões, bem como o quadro de intervenção do EEER, desenvolvi uma estratégia de pesquisa operacionalizada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, via Ebscohost. A estratégia foi posteriormente reformulada depois da análise dos textos encontrados se revelarem inconclusivos face aos objetivos propostos inicialmente (Anexo I). O suporte científico para este projeto passou também pela revisão de literatura secundária disponível sobre a RFR na pessoa com pneumonia em contexto de HD nomeadamente das orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE) já publicadas e que resultam de uma revisão sistemática da literatura. Este e outros documentos entretanto agregados à pesquisa elencam a situação de escassez de trabalhos sobre os reais benefícios da Reabilitação Respiratória (RR) mas salvaguarda que a utilização de técnicas de RFR tem sido muito usadas no tratamento da pneumonia. Paralelamente, outros textos agregados ao longo da revisão defendem que, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER tem um papel importante na promoção da capacidade para o autocuidado do utente e sua família (OE, 2018). Neste sentido, a opção pela intervenção junto não só da pessoa como também da família justifica-se quando refere que a intervenção de enfermagem é frequentemente otimizada quando toda a unidade familiar é alvo do processo de cuidados (OE, 2012).

Outro aspeto tido em conta na decisão sobre o tema deste projeto prendeu-se com o fato de a intervenção autónoma do EEER nas áreas da função respiratória e motora ser considerada área de investigação prioritária, segundo a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, para a fundamentação da tomada de decisão, numa perspetiva de desenvolvimento da Especialidade (OE, 2015a).

Assim, para a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEER, delineei como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
- Desenvolver competências na RFR da pessoa com pneumonia e sua família, na promoção do autocuidado, em contexto de HD.
- Desenvolver competências comuns do EE no âmbito da conceção, gestão e supervisão de cuidados.

Como quadro de referência em Enfermagem para o desenvolvimento deste projeto escolhi o modelo conceptual de Dorothea Orem (2001). A Teoria Geral do Autocuidado de Orem, no âmbito do cuidado à pessoa com pneumonia, permite perspetivar a intervenção do EEER enquanto agente terapêutico do autocuidado, na identificação das necessidades de autocuidado destas pessoas/famílias, planeando estratégias adequadas, tendo em conta as suas potencialidades (Orem, 2001).

No que se refere à estrutura, o projeto encontra-se organizado de forma a responder aos objetivos propostos. Nesta primeira parte é explanada a temática a abordar, as razões implícitas à sua escolha, nomeadamente a sua pertinência no âmbito do desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação, bem como opções pessoais e profissionais que conduziram à escolha do tema.

Na segunda parte do projeto realizei o enquadramento conceptual do tema, onde se definem conceitos e se fundamenta a temática, com recurso aos resultados da revisão narrativa da literatura, seguindo-se uma descrição do modelo teórico que sustenta a minha intervenção e o enquadramento da intervenção do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com pneumonia em contexto de HD.

Segue-se a apresentação dos contextos de Estágio, a identificação dos objetivos gerais e específicos a atingir com a descrição das atividades a desenvolver para sua concretização, apresentadas em anexo (Anexo II). Por fim é realizada uma síntese, onde são incluídas considerações finais e expectativas referentes ao desenvolvimento do projeto e à sua operacionalização, terminando com as referências bibliográficas. O cronograma de execução das atividades em função dos objetivos é apresentada em anexo (Anexo III).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

“A palavra pneumonia deriva do grego pneumonia que significa inflamação do pulmão e na sua origem está implícita a noção de infecção pulmonar causada pelo agente *Streptococcus pneumoniae*”, um pneumococo (Brum, 2001). Envolvendo as vias aéreas periféricas, alvéolos e interstício pulmonar, a pneumonia caracteriza-se pela substituição do ar dos alvéolos e ductos alveolares por um exsudado inflamatório e/ou infiltração celular inflamatória das paredes alveolares e espaços intersticiais. Normalmente causada por agentes bacterianos, pode apresentar uma etiologia vírica, fúngica ou de outros agentes infecciosos sendo um dos critérios utilizados para classificação das pneumonias, muitas vezes à posteriori (Froes, 2011). Podem ainda ser classificadas, em termos epidemiológicos, em Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), pneumonia adquirida em hospital ou nosocomial, pneumonia associada a cuidados de saúde, ou pneumonia associada ao ventilador, procurando relacionar as circunstâncias clínicas e o ambiente onde é adquirida (Laurence, 2018). Esta classificação é particularmente importante no tratamento da PAC na medida em que o agente envolvido é uma bactéria em 60 a 80% dos casos, e o *Streptococcus pneumoniae* é responsável por 75% das infecções, possibilitando uma antibioterapia empírica eficaz. A observação dos achados radiológicos permite ainda classificar as pneumonias em alveolar, intersticial ou broncopneumonias, determinantes para a escolha das medidas de Reabilitação Respiratória (RR) (Froes, 2011).

O padrão respiratório da pneumonia é restritivo, pela diminuição da *compliance* pulmonar, redução do volume corrente e aumento da frequência respiratória para compensar a redução de espaço disponível para as trocas gasosas. O índice de ventilação-perfusão diminui à medida que a exsudação interalveolar ocupa os espaços de ventilação disponíveis (OE, 2018). Os sinais e sintomas associados a esta patologia podem incluir febre, calafrios, dor torácica pleurítica aguda, taquicardia, taquipneia, tosse seca ou produtiva, dispneia, vômito, fadiga, mialgia, hipoxémia, sudorese excessiva e dor abdominal (Laurence, 2018), norteando a abordagem diagnóstica e o tratamento.

O tratamento envolve a administração de antibióticos e/ou antirretrovirais, de acordo com o agente patogénico responsável pelo processo infeccioso (bactéria, vírus, fungo), e toda a terapêutica de suporte direcionada às patologias prévias à doença atual. A oxigenoterapia, a ventilação não invasiva, a entubação endotraqueal e a

ventilação mecânica são ferramentas utilizadas para reverter quadros de insuficiência respiratória aguda que se instalam, muitas vezes, de forma rápida e silenciosa (Cordeiro & Menoita 2012). A utilização de dispositivos de Pressão Positiva Contínua da via aérea (CPAP) deve ser considerada em doentes com pneumonia em falência respiratória Tipo I, que permanecem hipoxémicos, pela melhoria na oxigenação, redução da dispneia e da frequência respiratória (BTS, 2009). A utilização da Ventilação Não invasiva (VNI) também deve ser considerada pela redução da frequência respiratória, da taxa de intubação traqueal e duração média de permanência na Unidade de cuidados intensivos em doentes com PAC, especialmente nos doentes com Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC) associada (BTS, 2009).

As complicações mais frequentes, especialmente nos doentes idosos, são insuficiência respiratória, bronquiectasia, síndrome respiratória aguda grave (SARS) muito discutido no atual contexto de pandemia por SARS-CoV 2, choque séptico e infeções disseminadas que causam meningite, endocardite ou artrite séptica, e morte (Laurence, 2018). Como foi referido, um conjunto de critérios clínicos e demográficos, apoiados em instrumentos como o Índice de gravidade da pneumonia, CRB-65 e CURB-65, apoiam a decisão de tratar a pneumonia em internamento, em ambulatório ou recorrendo a uma nova, mas cada vez mais usada, tipologia de internamento no domicílio, a HD (DGS, 2011).

O conceito de HD surge primeira vez em Nova Iorque em 1945 com o objetivo de *libertar* camas hospitalares e proporcionar, às pessoas que careciam de seguro de saúde, uma cobertura de internamento hospitalar, criando um ambiente mais acolhedor ao cliente no seu seio familiar. Nos anos 60 estende-se ao Canadá numa perspetiva de cuidados pós cirúrgicos e mais tarde, num projeto piloto em Montreal, no Hôpital Extra-Mural, introduz a administração de antibióticos por via endovenosa a doentes agudos, nas suas residências. Desde então, estas experiências disseminaram-se até à Europa, sofrendo alterações de adaptação ajustadas a cada Sistema de Saúde (SS) (Rodrigues, 2018). Em Portugal, a primeira unidade de HD surgiu em 2015 no Hospital Garcia de Orta sendo considerada um ato inovador e de grande desafio, em alternativa aos cuidados hospitalares, com base em critérios de inclusão e exclusão, da responsabilidade da unidade hospitalar de base (Cunha, Escarigo & Correia, 2018; DGS, 2018). O fluxograma de referenciação exige um diagnóstico claro, estabilidade clínica e a possibilidade de controlar as comorbilidades

no domicílio. As patologias mais frequentes incluem: patologia infecciosa aguda em antibioterapia parentérica (infecção urinária e respiratória, onde se incluem as pneumonias); patologia crónica agudizada (DPOC, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, cirrose hepática); cuidados no pós-operatório como parte de um protocolo de transição de cuidados, ou no tratamento de patologia médica crónica descompensada no contexto pós-cirurgia; e doentes em estadios terminal/paliativo que, transitoriamente, necessitem de cuidados e procedimentos terapêuticos complexos da responsabilidade exclusiva hospitalar (HGO, 2018).

A HD assume-se como modelo interdisciplinar e capacitador centrado no cliente/família, que favorece a humanização dos cuidados e estimula a participação ativa, através do ensino personalizado em função das necessidades e dos recursos individuais, no contexto de vida de cada pessoa (DR nº191, 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS) no documento “Home Care in Europe—the solid facts” refere que os países Europeus estão a enfrentar mudanças demográficas, sociais, tecnológicas, epidemiológicas e a sofrer pressões políticas que condicionam mudanças nos padrões tradicionais de cuidados, impulsionando a necessidade do «cuidar em casa» (OMS, 2008). Para a European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP), os cuidados prestados no domicílio são a opção preferencial de muitas pessoas e são tendencialmente mais económicos do que os cuidados em instituições hospitalares (EOHSP, 2013). Dados do primeiro ano de HD do HGO salientam redução de custos e maior satisfação com os cuidados: menor tempo de internamento (cerca de menos 1,31 dias que no Serviço de Medicina); menores efeitos secundários (menor perda funcional, zero infeções adquiridas); menor taxa de mortalidade (UHD=0,97%, Serviço de Medicina 10,71%); maior satisfação de clientes e profissionais; menor custo direto (custo médio UHD – 1029,20 euros, Serviço de Medicina – 1621,06 euros; custo por dia de internamento UHD – 117,06 euros, serviço de Medicina – 161,52 euros); São relatadas como vantagens: maior disponibilidade para o cliente, oferta de tratamento diferenciado de nível hospitalar no conforto da residência dos clientes; mais educação para a saúde; maior envolvimento do cliente e famílias no processo de doença/cuidar; melhor articulação com cuidados de saúde primários, com a continuidade de cuidados assegurada através de reuniões conjuntas de passagem para os cuidados de saúde primários no domicílio do doente; maior satisfação dos profissionais de saúde; menor deterioração do estado funcional dos clientes (HGO, 2017).

As técnicas RFR tem sido muito usadas no tratamento da pneumonia embora, pela escassez de literatura disponível, não foram ainda demonstrados os reais benefícios da RR (Yang, 2013; OE, 2018). Um estudo com 458 doentes com PAC que fizeram levante nas primeiras 24 horas de internamento, ainda que por apenas 20 minutos, mas incrementada nos dias seguintes, demonstrou uma redução significativa no tempo de internamento (BTS, 2009). Contudo, esta falta de resultados sobre os benefícios tem assumido particular importância na reabilitação respiratória dos doentes com o novo coronavírus (COVID-19), quer na fase de desmame ventilatório, quer na longa fase recuperação que se segue, pelo risco de disseminação do vírus por parte dos profissionais, com a necessidade de adotar medidas de proteção individual eficazes (Battaglini, 2020). Outros autores alertam para a necessidade de encaminhamento precoce para programas de reabilitação de grande número de doentes após fase aguda da COVID-19, pelo elevado grau de deterioração respiratória, física e psicológica (Polastri, 2020). Por outro lado, e embora a RR tenha obtido resultados nos doentes com patologias respiratórias crónicas, é incerto que possa melhorar a função respiratória dos doentes com coronavírus, pela falta trabalhos originais publicados até á data (Zhu, 2020).

A intervenção do EEER na RFR depende do estágio e da perspectiva de evolução da pneumonia pelo que a sua identificação é fundamental. Na fase inicial pode centrar-se apenas na observação das características da expectoração (quantidade, fluidez, purulência, facilidade ou dificuldade em eliminar a mesma (BTS, 2009). A otimização da ventilação, a prevenção e correção de alterações posturais, a permeabilidade da via aérea e a redução do trabalho respiratório tem por objetivo reverter a perda de volume nos segmentos pulmonares adjacentes, prevenir atelectasias e a diminuir do índice ventilação/perfusão (OE, 2018). As intervenções devem ser iniciadas após estabilização da fase aguda da doença, num quadro sem hipertermia grave ou instabilidade hemodinâmica, em função da avaliação inicial e da sintomatologia apresentada (Cordeiro e Menoita, 2012). Tosse com presença de secreções, presença de ruídos adventícios na auscultação e a observação de radiografia do tórax são elementos fundamentais para delinear os objetivos terapêuticos da RFR como a reexpansão pulmonar do lado afetado, a drenagem de secreções, a promoção da tosse eficaz e a reeducação ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012).

O posicionamento da cabeceira entre 30 - 45° melhora a ventilação em repouso (OE, 2018) mas outros posicionamentos podem ser necessários em situações concretas no decurso do tratamento. A alternância entre o *fowler* ou *semi-fowler* e o decúbito lateral para o lado menos afetado, a cada 60-90 minutos, aumenta a oxigenação arterial do pulmão (Cordeiro & Menoita 2012). O decúbito ventral, com frequentes alterações posturais, tem vindo a ser descrito como eficaz na melhoria das trocas gasosas e na redução das pneumonias bacterianas secundárias no doente com pneumonia por Sars-Cov-2, durante e após a ventilação mecânica (Zhu, 2020).

Nas pneumonias lobares a fase inicial caracteriza-se por uma dor pleurítica que limita a tosse não produtiva e os movimentos respiratórios pelo que importa trabalhar a respiração com ênfase na fase inspiratória. Quando a tosse se torna produtiva, à medida que a doença progride para sua resolução e a consolidação pulmonar reduz pela libertação das secreções, estão indicadas medidas para facilitar a drenagem brônquica (OE, 2018). Nas broncopneumonias, frequentes nos doentes com DPOC, a tosse produtiva está presente desde o início impondo, precocemente, técnicas eficazes de eliminação das secreções por forma a evitar a insuficiência respiratória (Heitor, 2017).

As técnicas de RFR incluem controlo da respiração (respiração diafragmática, dissociação dos tempos respiratórios), drenagem postural (iniciada pelo segmento onde se verificam mais secreções), percussão, vibração, huffing, tosse, técnica de expiração forçada (TEF), ciclo ativo de técnicas de respiração (CATR), exercícios de expansão torácica (com ou sem bastão) e dispositivos de oscilação externa (espirómetro de incentivo, *flutter*, *acapella*) (Cordeiro & Menoita 2012, OE 2018). O uso padronizado de técnicas de limpeza das vias aéreas, em pneumonias não complicadas, como a percussão, vibração ou drenagem postural não é recomendado mas devem ser consideradas se existir dificuldade em expetorar ou doença pulmonar prévia (BTS, 2009). Outras terapias de limpeza das vias aéreas com recurso a dispositivos mecânicos como *Cough assist* ou dispositivos de pressão expiratória positiva (PEP), em doentes com tosse eficaz, não são recomendadas pois não melhoram a oxigenação nem resolvem as atelectasias ou as consolidações (Strickland, 2013). À medida que o tratamento avança, a implementação de um programa de exercícios aeróbicos e resistidos pode trazer benefícios à pessoa com pneumonia sob forma de reeducação no esforço (OE, 2018). Caminhada, subir e descer escadas, bicicleta ergonómica e natação contribuem para uma melhoria da

funcionalidade e da realização das AVD (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). Os resultados são mais expressivos quando, ainda na fase RFR foram implementados o treino de exercício, verificando-se maiores benefícios na capacidade funcional, força muscular periférica, dispneia e qualidade de vida (Anderson, 2016).

2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM

No sentido de concretizar a filosofia de cuidados e a concepção da prática que sustenta este projeto e o estágio que se seguirá, escolhi o Modelo do Autocuidado de Orem como quadro de referência teórico de Enfermagem. Neste sentido, apresento os pressupostos teóricos que se revelam mais significativos tendo em conta que a intervenção se desenrola no domicílio da pessoa, onde a família desenvolve um papel fundamental em todo o processo de recuperação.

Como ponto de partida defini o conceito central do trabalho da autora – o autocuidado. Para Orem (2001) o autocuidado assume-se como uma ação reguladora e estrutural, desempenhada pela própria pessoa, ou por alguém que o realiza por ela, com o intuito de preservar a vida, a saúde e o bem-estar. É uma atividade aprendida e realizada de forma contínua e intencional ao longo da vida para responder às necessidades individuais, mas que é afetada por fatores internos e externos, influenciando a capacidade da pessoa se envolver no autocuidado e a quantidade de autocuidado necessária. Sintomas como a dor, febre, dispneia e vômitos no indivíduo adulto previamente saudável não coloca, à partida, alterações na capacidade de autocuidado. Quando este quadro se instala no indivíduo com patologia crónica respiratória ou cardíaca, o desequilíbrio entre a capacidade de autocuidado e a quantidade de autocuidado necessária para a manutenção do bem-estar e da vida é alterado, com necessidade de intervenção de um cuidador e/ou de um enfermeiro.

O autocuidado é representado por dois conceitos distintos, mas correlacionados: o agente de autocuidado e o comportamento de autocuidado (Orem, 2001). O agente de autocuidado refere-se à capacidade de uma pessoa desenvolver comportamento de autocuidado nos diversos domínios, incluindo o domínio cognitivo, através do conhecimento da condição de saúde, das capacidades de autogestão e de tomada de decisão (a pessoa com pneumonia é informado do seu diagnóstico, proposto para a modalidade de internamento em casa, assina o consentimento

informado); o domínio físico, que se traduz na capacidade física para levar a cabo as ações de autogestão (capacidade para manter uma alimentação e hidratação adequada à sua nova condição física, cumprir o plano terapêutico delineado pela equipa de HD); o domínio emocional ou psicossocial, que abrange atitudes, valores, desejos e motivação bem como competência percebida para desenvolver as ações de autogestão (conhece e respeita direitos e deveres do doente), e finalmente, o domínio comportamental, que se refere às capacidades necessárias para desenvolver o comportamento de autocuidado. O comportamento de autocuidado consiste na prática de atividades que as pessoas iniciam e executam num determinado período de tempo, no interesse próprio da manutenção da vida, do funcionamento saudável, da continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar (Orem, 2001). A aprendizagem das técnicas de RFR nomeadamente da tosse ou huffing enquanto técnicas de limpeza e manutenção da via aérea devem ser replicadas ao longo do dia após a sua interiorização e correta execução.

Os domínios que compreendem o comportamento de autocuidado estão definidos em relação a requisitos universais, de desenvolvimento e requisitos dos desvios de saúde. Os requisitos universais debruçam-se sobre os processos básicos de vida, tais como manter uma ventilação adequada e um balanço entre atividade e repouso afetados pela dispneia e dor na inspiração, intolerância ao esforço, presença de secreções com redução da capacidade funcional vital. Os requisitos de desenvolvimento centram-se nas mudanças do ciclo de vida, por vezes despoletados pelas alterações que um internamento provoca na vida profissional e familiar. Finalmente, os requisitos dos desvios de saúde relacionam-se com os cuidados de saúde apropriados, tais como vigilância de saúde, procura de cuidados de saúde de acordo com as necessidades e vivência com a doença. A hospitalização domiciliária, enquanto prestação de cuidados especializados no domicílio da pessoa com pneumonia, permite uma monitorização à distância ou efetuada e comunicada pelo próprio, e encerra a oportunidade de se manter rodeado pela família num espaço que lhe é familiar.

No indivíduo com pneumonia e patologia crónica, respiratória ou cardíaca, o desequilíbrio entre a capacidade de autocuidado e a quantidade de autocuidado necessária para a manutenção do bem-estar e da vida pode ser alterado, com necessidade de intervenção de um cuidador (denominado de agente de autocuidado). Quando a necessidade se sobrepõe à capacidade da pessoa e do agente de

autocuidado, a intervenção do Enfermeiro é necessária e estabelece-se como uma ação compensatória ou de ajuda, de forma a dar resposta às necessidades de autocuidado. (Orem, 2011)

O modelo do autocuidado integra três teorias de enfermagem (Queirós, 2014):

- *A Teoria de Autocuidado* fundamenta a razão para a pessoa cuidar de si e manter a vida, isto é, as funções físicas e mentais para o desenvolvimento da pessoa no seu contexto de vida. Esta teoria descreve o autocuidado como um conjunto de comportamentos individuais que regula os fatores que afetam o próprio desenvolvimento, funcionalidade, saúde ou bem-estar. O autocuidado é aprendido através de uma variedade de processos tais como a educação, a cultura e as experiências anteriores que permitem o crescimento individual, a produção de julgamentos e a tomada de decisões sobre o processo de desenvolvimento pessoal.
- *A Teoria do Défice de Autocuidado* explica as necessidades individuais de autocuidado quando as pessoas não têm capacidade para as satisfazer de correntes de episódios de doença incapacitante como a pneumonia. Deste modo, quando as pessoas são incapazes de satisfazer as suas próprias necessidades necessitam da ajuda de um familiar ou cuidado informal. Nesta teoria existem três métodos pelos quais os enfermeiros ajudam os doente/famílias a suprimir as suas necessidades: agir para fazer ou para orientar e dirigir (executar técnicas de RFR ou supervisionar se as mesmas são eficazes), fornecer suporte físico ou psicológico (fornecer materiais de apoio para a limpeza das vias aéreas, reforço positivo das atividade bem executadas) e fornecer ou manter um ambiente de apoio e ensino (ensino de técnicas de controlo da respiração, de relaxamento, da tosse).
- *A Teoria dos Sistemas de Enfermagem* descreve um conjunto de intervenções ao nível dos cuidados de enfermagem para ajudar as pessoas a recuperar o autocuidado: o sistema de apoio-educativo remete para um enfermeiro que ajuda, fornecendo a educação e o apoio psicológico, auxilia as pessoas a executar as suas tarefas de autocuidado (técnicas de correção postural, controlo da respiração); o sistema de compensação parcial é utilizado em pessoas que necessitam de um nível moderado de cuidados, sendo capazes de vir a assumir as responsabilidades pelo seu autocuidado, com a intervenção dos cuidados de

enfermagem, num período transitório (administração da antibioterapia e soroterapia EV, tosse dirigida assistida, oxigenoterapia); o sistema totalmente compensatório é destinado às pessoas que são incapazes de cuidar de si e o enfermeiro fornece todas as atividades necessárias (cuidados de higiene e conforto, aspiração de secreções, alimentação entérica) no sentido manter a vida ou o funcionamento fisiológico da pessoa. Esta teoria permite compreender o que é a enfermagem e porque é que em determinada altura e sob determinadas condições as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem (Orem, 2001).

O contexto de HD requer um enfermeiro altamente qualificado, e polivalente, detentor de amplas competências clínicas e assistenciais e grau de autonomia para desenvolver seu trabalho, realizando acompanhamento contínuo de seus doentes, com condições agudas e crónicas, em parceria com a família e a comunidade, e com equilíbrio de ações curativas e preventivas (Andrade, 2017).

Na equipa de cuidados, o Enfermeiro tem uma posição privilegiada, é o profissional que constitui, em número, a maioria da equipa (Dowell, Moss & Odedra 2018) e aquele que tem maior contato direto com o doente, família e ambiente que o engloba, pois está presente em todas as visitas domiciliárias. Nele recai a função de diagnosticar problemas de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, prescrever e executar intervenções adequadas. É responsável pela articulação com os seus pares dentro do hospital e nas outras unidades de saúde em especial as unidades de cuidados primários e cuidados continuados, para que possa ser dada continuidade ao plano de cuidados (HGO, 2018).

O EEER tem um papel fundamental na capacitação do doente/família para o autocuidado, pois promove processos de readaptação sempre que ocorram alterações ou limitações da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado (OE, 2018). Além disso, este profissional especializado cria e implementa planos de reabilitação diferenciados que previnam complicações e evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas. A presença do cliente no seu ambiente do dia-a-dia reforça a necessidade do EEER na equipa multidisciplinar, pois este concebe programas de reeducação funcional a vários níveis e de treino de atividades de vida diárias facilitando o processo de recuperação e regresso ao quotidiano (OE, 2018).

3. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO

A realização deste projeto de estágio assume-se como um exercício de planeamento tendo em conta as realidades vividas nos diferentes contextos. Neste sentido, de forma a permitir a aquisição de competências comuns de EE e específicas de EEER no âmbito do Estágio do próximo semestre delineei objetivos, gerais e específicos, de acordo com os Regulamentos n.º 392/2019 (2019) e nº 140/2019 (2019) e os descritores de Dublin, suportando o percurso de aprendizagem para a obtenção do grau de Mestre.

3.1. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

Para a aquisição das competências comuns do EE e das competências específicas do EEER, delineamos como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
- Desenvolver competências de intervenção do EEER na RFR na pessoa com pneumonia e sua família na promoção do autocuidado.
- Desenvolver competências comuns do EE no âmbito da conceção, gestão e supervisão de cuidados.

Para a concretização destes objetivos gerais, estabelecemos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família pneumonia
- Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que promovam o autocuidado, otimizando e/ou reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia.
- Elaborar, implementar e avaliar programas RFR, respondendo às limitações dos requisitos de autocuidado, visando a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia

- Conceber, implementar e avaliar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia
- Desenvolver uma prática profissional especializada de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão e baseada em processos de tomada de decisão suportados pela melhor evidência científica.
- Desenvolver uma prática profissional especializada assegurando a melhoria continua e a qualidade dos cuidados à pessoa/família.
- Desenvolver uma prática profissional especializada no âmbito da gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem.

Para cada objetivo específico foram delineadas atividades, assim como os recursos a mobilizar para a sua concretização e os indicadores que os permitam validar (Apêndice II). A concretização dos objetivos no âmbito do Estágio encontra-se esplanada no Cronograma de Atividades (Apêndice III).

3.2. Os locais de Estágio

O percurso da aprendizagem planeado para atingir os objetivos estabelecidos inclui a realização de Estágios inseridos em contexto hospitalar e de comunidade, que serão preponderantes para o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências do EEER. Para tal, e tendo em conta o atual contexto de pandemia com implicações graves no funcionamento do SS, estão planeados os seguintes contextos de estágio: Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital [REDACTED] no período de 23 de novembro a 5 de Fevereiro 2021, e Unidade de Cuidados Continuados (UCC) [REDACTED] do ACES [REDACTED] de 8 de Fevereiro a 16 de Abril 2021.

Para conhecer os contextos foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice IV) com o intuito de permitir conduzir as entrevistas informais não presenciais, via telefone, realizadas aos Enfermeiros chefes dos contextos selecionados. A entrevista, ainda que sumária pela escassez de tempo dos entrevistados, permitiu validar a adequação dos contextos aos objetivos definidos para este projeto, e o ajuste das atividades que pretendo desenvolver.

Criado em 2015, o serviço de Hospitalização domiciliária do Hospital [REDACTED] foi uma das primeiras experiências pioneiras em Portugal, com um crescimento no número de atendimentos e no número de camas situando-se atualmente em 30.

A atual pandemia incrementou a procura de cuidados especializados no domicílio e a divisão dos 10 Enfermeiros, 4 deles EEER, pelas áreas de não Covid, Covid e consulta Covid. A equipa é ainda composta por 12 médicos (4 residentes e 8 do internamento que vão *rodando* por esta modalidade de cuidados), assistente administrativa, assistente social, nutricionista e farmacêutico. A origem dos doentes são o Serviço de urgência, os Cuidados de Saúde Primários, os serviços de internamento ou o Delegado de saúde nos doentes COVID.

Os critérios de inclusão e exclusão estão bem definidos e o fluxograma permite o regresso ao internamento em situações de agravamento ou de incapacidade para o autocuidado. A alta em doentes com pneumonia tem sido relatada pelo Enfermeiro Chefe como mais precoce (em cerca de dois dias quando comparada com o internamento convencional) e era objeto de estudo/investigação antes da pandemia, por parte dos EEER, por forma a elencar os benefícios da RFR neste doente. O EEER traça o plano de intervenção com a pessoa e partilha a sua implementação com a restante equipa, tornando possível a sua execução (pela supervisão dos exercícios apreendidos pela ou pelo reforço de algumas técnicas). O EEER presta cuidados gerais e cuidados especializados e deste trabalho de proximidade surge a necessidade de intervenção do EEER. Muitas vezes é a equipa médica que referencia o doente para os EEER permitindo reconhecer a intervenção autónoma e integrada na equipa interdisciplinar junto da pessoa com pneumonia e sua família, no âmbito da promoção do autocuidado.

A patologia infecciosa ou crónica agudizada é a mais frequente e, nos últimos meses, a pneumonia tem assumido lugar de destaque em todas as patologias elegíveis para esta unidade.

A equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECI) da UCC [REDACTED] é composta por 10 enfermeiros, 3 deles EEER, que acompanham a pessoa em todo o ciclo de vida, desenvolvendo a sua intervenção na criança (cuidados paliativos, saúde escolar, vacinação) passando pelo jovem, adulto e idoso (vertente da reabilitação respiratória, motora e cardíaca, alimentação, eliminação e cuidados paliativos). Abrangendo uma população de 73500 utentes, dos quais 41% idosos, com inúmeras necessidades de intervenção, a UCC revela-se um contexto rico no âmbito das oportunidades de aprendizagem. A intervenção na promoção do autocuidado acontece na otimização e readaptação às novas condições de saúde, decorrentes das incapacidades, particularmente na intervenção junto da família, ao nível da

capacitação dos cuidadores para a satisfação das necessidades de autocuidado ou nos doentes em fim de vida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pneumonia tem vindo a assumir lugar de destaque nos internamentos, com taxas de hospitalização crescentes, num período de especial falta de recursos hospitalares para o tratamento diferenciado. A situação agravou-se no decorrer deste ano pela situação de emergência pandémica, com a pneumonia por SARS-CoV-2 a assumir o monopólio de todas as atenções, dos recursos humanos e materiais. A HD, enquanto filosofia de cuidados especializados em casa teve e tem, neste cenário, uma oportunidade única de difusão e implementação em todo o território nacional com ganhos em saúde em todas as vertentes, mantendo os mais elevados padrões de qualidade e de satisfação da pessoa com pneumonia e sua família. Atingindo as pessoas com mais de 65 anos com mais letalidade, muitas vezes associada à presença de doenças respiratórias prévias, a intervenção do EEER na pessoa com pneumonia vai muito para além da RFR, parte central deste projeto, requerendo intervenções com diferentes graus de complexidades e de especificidade. O domicílio assume-se como o espaço onde se vão desenvolver as atividades de aprendizagem planeadas, transversal ao contexto hospitalar (HD) e da comunidade. Assim, o EEER deve reconhecer que a pessoa é quem domina o seu ambiente e que as relações estabelecidas devem envolver não só a pessoa, mas toda a família. É necessário definir a fronteira da responsabilidade, a autonomia e a cooperação de cada elemento, com um elevado nível de confiança, permitindo que as intervenções oferecidas sejam discutidas e aceites.

A realidade da intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com pneumonia engloba um conjunto de intervenções, no âmbito da reabilitação respiratória, particularmente ao nível da reeducação funcional respiratória. A investigação e a reflexão sobre as mais variadas técnicas, sua aplicação criteriosa e segura, são prioridades para o desenvolvimento de uma prática baseada na melhor evidência. Perspetivo um grande número de interações potencialmente formativas no âmbito deste projeto, em ambos os contextos, pelo intervalo temporal e pela população em que o estágio se vai desenrolar. As atividades que foram assumidas procuram responder ao desenvolvimento de competências de intervenção especializada à pessoa/família, não só com pneumonia, como também a qualquer pessoa com necessidades especiais, independentemente do seu ciclo de vida, nos diferentes contextos de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Porto.
- Anderson, J.; Corso, S. (2016). Inpatient rehabilitation improves functional capacity, peripheral muscle strength and quality of life in patients with community-acquired pneumonia: a randomised trial – *Journal of physiotherapy* 62:96-102 – Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.02.014>
- Battaglini, D.; Robba, C.; Caiffa, S.; Ball, L.; Brunetti, I.; e al (2020) Chest physiotherapy: An important adjuvant in critically ill mechanically ventilated patients with COVID-19. *Respiratory Physiology & Neurobiology*. 282. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resp.2020.103529>
- Brum, Gabriela; Froes, Filipe (2001). Pneumonia: 25 perguntas frequentes em pneumologia. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. ISBN: 972-733-048-7. Disponível em https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/n%C3%A2%C2%BA8_julho-dezembro2001_pneumonias.pdf
- Carusone, S; Loeb, M; Lohfeld, L. (2006). Pneumonia care and the nursing home: a qualitative descriptive study of resident and family member perspectives - *BMC Geriatrics*, 6:2. doi:10.1186/1471-2318-6-2. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-6-2>
- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória. 1ª edição. Loures: Lusociência ISBN: 978-972-8930-86-8
- Despacho n.º 9323-A/2018. (2018) Diário da República, 2ª série (nº. 191 de 03-10-2018, 26900-(2) a 26900-(5). Disponível em: <https://dre.pt/home//dre/116587923/details/maximized>
- Diário da República. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67318639>

Direção Geral da Saúde. (2015) Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020. Acedido a: 28/11/2019. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2011). Norma nº 045/2011. Acedido a: 22/09/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0452011-de-26122011-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2018). Norma nº 020/2018. Acedido a: 22/06/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202018-de-20122018-pdf.aspx>

Delerue (2018). Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 24, 290-295. Acedido a: 05/06/2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v24n4/v24n4a08.pdf>

Delerue & Correia (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 25, 15-17. Acedido a: 05/06/2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v25n1/v25n1a05.pdf>

Delerue & Correia (2020). Hospitalização Domiciliária e a COVID-19. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Edição especial, 1-3. Acedido a: 28/6/2020. Disponível em: <http://10.24950/rspm/COVID19/HGO/S/2020>

Dowell, S.; Moss, G.; Odedra, K. (2018). Rapid response: a multiprofessional approach to hospital at home. *British Journal of Nursing*, 27(1), 24–30. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.1.24>

Ellum, S. (2009). Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. *Journal of the British Thoracic Society*, 64, i31-i34. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02000.x>

Echosanté (2016), D2.1 Update on the State of the Art (Polycare - GA 690367),
Acedido em:

http://www.polycareproject.com/Content/Resources/Deliverables/20160413_Polycare_REP_Update_on_state_of_art_v05r00f.pdf.pdf

European Observatory on Health Systems and Policies. (2013) Home Care across Europe – case studies. Acedido a: 06/06/2020. Disponível em: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>

European Observatory on Health Systems and Policies. (2017) State of Health in the EU Portugal - Perfil de Saúde do País 2017. Acedido a: 06/06/2020. Disponível: <https://www.dgs.pt/em-destaque/o-estado-da-saude-na-uniao-europeia-pdf.aspx>

Heitor, M; Canteiro, M.; Ferreira, J.; Olazabal, M.; Maia, O. (2017). Reeducação Funcional Respiratória. 3ª Edição.

Hospital Garcia de Orta. (2018). Unidade de Hospitalização Domiciliária - Programa Funcional. Acedido a: 20/05/2020. Disponível em: http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/UHD_Plano_Funcional_2018.pdf

Lawrence, Patricia. (2018). Pneumonia in Older Adult. CINAHL Information Systems, Glendale, CA 91206.

Márquez-Serrano, M.; Xochitl González-Juárez, X.; Castillo-Castillo, L.; González-González, L.; Idrovo, A. (2012). Social Network Analysis to Evaluate Nursing Interventions to Improve Self-Care - Public Health Nursing, Vol. 29 No. 4, pp. 361–369; Disponível em: <http://10.1111/j.1525-1446.2012.01014>

Rodrigues, M.; Cantero, M.; Etxaniz, J. (2018). Estándares y utilidad de la Hospitalización a Domicilio. (Fundación; Imprenta Regional de Cantabria, ed.). Disponível em: <http://sepho.es/wp-content/uploads/2016/07/Protocolo-SEPHO-Est%C3%A1ndares-y-utilidad-de-la-Hospitalizaci%C3%B3n-a-Domicilio.pdf>

Monahan, F.; Sands, J.; Neighbors, M.; Marek, J.; Green, C. (2010). Enfermagem Médico-cirúrgica, 8ª ed., Loures: Lusociência ISBN: 978-989-8075-22-2.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal – Retrato da saúde 2018. O estado da Saúde em Portugal. SNS, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Porto.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. Cadernos OE, Série 1, n 10. ISBN: 978-9898444-41-7

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. (26-01-2018), 1-16. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário Da República, 2.a Série- Nº 85 de 03-05-2019, 13565–13568

Orem, D. E. (2001). Nursing: concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby

Organização Mundial de Saúde (2008) Home Care in Europe- the solid facts. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf?ua=1

Organização Mundial de Saúde (2018). Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization; who.int/gho/database/en/. Acedido em 01 de Maio de 2020

- Polastri, M.; Nava, S.; Clini, E.; Vitacca, M.; Gosselink, R. (2020) COVID-19 and pulmonary rehabilitation: preparing for phase three. *Eur Respir Journal*; 55: 2001822. Disponível em: <https://doi.org/10.1183/13993003.01822-2020>
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157–164. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Rowbotham, S.; Chisholm, A.; Moschogiannis, S.; Chew-graham, C.; Cordingley I., Wearden, P.; Peters, P.; (2012). Challenges to nurse prescribers of a no-antibiotic prescribing strategy for managing self-limiting respiratory tract infections. *Journal of Advanced Nursing* 68(12), 2622–2632. Disponível em: [doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05960](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05960)
- Strikland, S.; Kubin, B.; Drescher, G.; O'Malley, C.; Volsko, T.; Branson, R.; Hess, R. (2013). AARC Clinical Practice Guideline: Effectiveness of Nonpharmacologic Airway Clearance Therapies in Hospitalized Patients. *Respiratory Care*. 58 (12):2187–2193. Disponível em: DOI: 10.4187/respcare.02925
- Tomey, A.; Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª Edição) Loures: Lusociência
- Yang M.; Yan, Y.; Yin, X.; Wang, B.Y.; Wu, T.; Liu, G.J.; Dong, B.R. (2013). Chest physiotherapy for pneumonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. No.: CD006338. Disponível em: DOI: 10.1002/14651858.CD006338.pub3.
- Zhu, C.; Wu, Y.; Liu, H.; Ban, Y.; Ma, X.; Zhang, Z. (2020). Early pulmonary rehabilitation for SARS-CoV-2 pneumonia: Experience from an intensive care unit outside of the Hubei province in China. *Heart & Lung Journal*. 49. 449-450. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.04.007>
- Zhu, F.; Zhang, M.; Gao, M.; Zeng, C.; Wang, D.; Hong, Q.; Chen, W. (2020). Effects of respiratory rehabilitation on patients with novel coronavirus (COVID-19) pneumonia in the rehabilitation phase: protocol for a systematic review and meta-

analysis. *BMJ Open*. 10:e039771. Disponível em: doi:10.1136/bmjopen-2020-039771

APÊNDICES

APÊNDICE I – Planeamento de Atividades

Planeamento de Atividades

Competência	J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidado	
Objetivos específicos	1.Avaliar alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia. 2.Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que promovam o autocuidado, otimizando e/ou reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, com particular enfoque na reeducação funcional respiratória da pessoa/família com pneumonia.	
Atividades		Indicadores
• Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares articulando-os com bibliográfica científica disponível, protocolos e normas dos contextos de estágio, trabalhos já realizados na área; • Análise e mobilização da informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos realizados (Rx, TAC, espirometria, estudos da função respiratória, ecocardiograma, análises laboratoriais, gasometria, plestimografia), colheita de dados realizada no momento da admissão, planos de cuidados ou intervenção em curso e registos de evolução; • Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação da pessoa ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade (pela aplicação das escalas de avaliação);		• Fundamenta a intervenção de ER com base em evidência científica. • Conhece e mobiliza as normas e protocolos dos contextos de estágio, assim como a informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados e registos de evolução.

• Identificação dos fatores facilitadores e inibidores da funcionalidade e de capacidade para o autocuidado e as situações de compromisso dos requisitos de autocuidado da pessoa/família; instruir o doente/família para os sinais e sintomas, da pneumonia, sintomas de agravamento e necessidade de encaminhamento urgente; • Aplicação de instrumentos de avaliação, como a escala de comas de Glasgow (ECG), escala da dispneia modificada (MRC), escala de percepção subjetiva do esforço (Borg), Escala do nível de independência de Barthel, escala de medida de independência funcional (MIF), escala de quedas de Morse, escala dorisco de ulcera de pressão (Braden), nos dois contextos de estágio, selecionando os mais adequados para cada situação; • Avaliação do impacto das alterações identificadas na qualidade de vida e bem-estar da pessoa/família, pela aplicação das Escala de Atividades Diárias (LCADL) e Escala de ansiedade e depressão (HADS); • Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função, com particular enfoque na função respiratória, promovendo o autocuidado, estabelecendo prioridades de intervenção e englobando a pessoa/família em todo o processo; • Formulação de diagnósticos de enfermagem, através da informação recolhida, nas diferentes linguagens de enfermagem usadas pelas equipas, estabelecendo prioridades e definindo objetivos;	• Justifica a escolha e utiliza adequadamente os instrumentos e de avaliação. • A avaliação da capacidade funcional, autocuidado, impacto na qualidade de vida e bem-estar são realizadas com recurso aos instrumentos mais adequados para o efeito e englobando a pessoa/família nessa avaliação. • Identifica necessidades de reeducação funcional respiratória e promove o
--	---

• Elaboração e implementação de planos de intervenção globais e individualizados com vista à otimização e/reeducação funcional respiratória, promoção do autocuidado e bem-estar da pessoa/família; • Identificação da necessidade e prescrição de produtos de apoio como espirómetros de incentivo, Flutter, Acapela ou outros que otimizem a função respiratória, promovendo o autocuidado da pessoa/família; • Participação nas intervenções de ER em conjunto e/ou sob supervisão do enfermeiro orientador, de modo a compreender e integrar a atuação do EEER; • Articulação com outros profissionais da equipa multiprofissional, serviços/instituições de saúde para otimizar ou dar continuidade às intervenções planeadas; • Monitorização da implementação e dos resultados esperados, com vista à promoção do autocuidado da pessoa/família, reformulando ou adaptando, sempre que necessário, os objetivos e as intervenções; • Realização de registos de enfermagem de acordo com a linguagem implementada em cada contexto/equipa, que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e que garantam a continuidade das intervenções planeadas.	autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia. • Estabelece prioridades de intervenção orientadas para responder aos deficits de autocuidado da pessoa/família. • Compreende e integra a atuação do EEER na avaliação de alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado. • Avalia os resultados dos planos/programas de reabilitação implementados (implementação de intervenções e resultados esperados). • Garante a continuidade dos cuidados de ER através da elaboração de registos precisos e completos e da articulação com os serviços/ instituições.
Recursos Utilizados	• Docente orientador da ESEL.

	• Enfermeiro orientador e equipa multiprofissional dos contextos de estágios. • Pessoa/família. • Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica. • Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.	
Competência	J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	
Objetivos específicos	3.Elaborar e implementar programas de treino de atividades, respondendo às limitações dos requisitos de autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia, em contexto de hospitalização domiciliária. 4.Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família.	
Atividades		Indicadores
• Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas várias unidades curriculares ao longo do curso articulando-os com pesquisa bibliográfica dirigida aos problemas elencados, protocolos e normas dos contextos de estágio; • Análise e mobilização da informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos efetuados (Prova de Esforço Cardiopulmonar (PECP) com consumo de O2, prova de Esforço de endurance ou Estratificação de risco isquémico), colheita de dados, programas de treino prévios;		• Fundamenta a intervenção de ER com base em evidência científica. • Conhece e mobiliza as normas e protocolos dos contextos de estágio assim como a informação contida no processo clínico, exames complementares de

• Identificação de fatores facilitadores e limitadores da mobilidade e necessidades de intervenção que permitam a adaptação às limitações estabelecendo prioridades de intervenção englobando a pessoa/família em todo o processo; • Elaboração e implementação de programas treino de atividades personalizados e negociados que visem a aquisição de técnicas específicas de autocuidado, a adequação e correta utilização de produtos de apoio pelo doente/família e a realização de exercício físico e de técnicas de conservação de energia (tomar banho sentado num banco, calçar e descalçar sapatos sem atacadores sentado, dividir o tempo para as tarefas domiciliárias, evitar stress na execução de tarefas); • Participação nas intervenções de EERR em conjunto ou sob supervisão do enfermeiro orientador do local de estágio, de modo a compreender e integrar a sua atuação na capacitação da pessoa/família; • Otimização da adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social o mais precoce possível; • Identificação de situações que impliquem a eliminação/minimização de barreiras arquitetónicas dentro e fora do domicílio, que permitam a adequação ao espaço da pessoa com limitações, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação da pessoa/família;	diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução. • identifica necessidades de intervenção que permitam a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia, promovendo o autocuidado. • Estabelece prioridades de intervenção orientadas para responder aos deficits de autocuidado da pessoa/família, englobando-os neste processo. • Compreende e integra a atuação do EEER na capacitação da pessoa/família visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.
---	--

• Articulação com outros profissionais, serviços/instituições de saúde para otimizar e dar seguimento às intervenções planeadas, demonstrando disponibilidade para colaborar nos vários momentos da implementação do plano de intervenção; • Avaliação da implementação e dos resultados estabelecidos para os programas de intervenção desenvolvidos, reformulando ou adaptando os objetivos e as intervenções, sempre que necessário; • Utilização de escalas de avaliação da satisfação dos utentes (escala EQ-5D) e escalas de avaliação dos ganhos obtidos no treino de atividades (Escala de Borg modificada, adaptada para a autoavaliação da dispneia, ou a “London Chest activity of day Living”, adaptada); • Realização de registos de enfermagem precisos, que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e que permitam a continuidade das intervenções planeadas.	• Avalia os resultados dos planos/programas de reabilitação implementados em função dos resultados esperados. • Garante a continuidade dos cuidados de ER através da elaboração de registos precisos e completos e da articulação com os serviços/ instituições.
Recursos Utilizados	• Docente orientador da ESEL. • Enfermeiro orientador e equipa multiprofissional dos contextos de estágios. • Pessoa/família. • Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica. • Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.
Competência	J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Objetivos específicos	5. Conceber, implementar e avaliar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com particular enfoque na pessoa/família pneumonia.	
Atividades		Indicadores
• Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares articulando-os com pesquisa bibliográfica, protocolos e normas dos contextos de estágio; • Mobilização de informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos (Provas de esforço, ECG, Provas funcionais respiratórias), colheita de dados, registos de evolução; • Identificação de fatores facilitadores e limitadores da maximização da funcionalidade da pessoa/família pela observação do seu quotidiano, no domicílio; • Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação da pessoa a nível motor, cardíaco e respiratório, pela aplicação da escala MIF, Escala de equilíbrio de Tinetti, MRC e/ou Prova de 6 minutos de marcha (P6MM); • Identificação de situações de compromisso dos requisitos de autocuidado universais da pessoa/família que condicionem a adequação dos programas de treino a desenvolver; • Elaboração e implementação de programas de treino que englobem exercício aeróbico, exercício de força muscular, exercício de flexibilidade exercício de equilíbrio (caminhadas, subir e descer escadas, bicicleta ergonómica, execução de outras tarefas domésticas que impliquem repetição de movimentos);		• Fundamenta a intervenção de ER com base em evidência científica. • Conhece e mobiliza as normas e protocolos dos contextos de estágio assim como a informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução. • Seleciona e utiliza adequadamente as escalas e instrumentos e de avaliação, englobando a pessoa/família nessa avaliação. • Identifica necessidades de intervenção que permitam a maximização da função motora, cardíaca e respiratória. • Elabora e implementa programas de treino, estabelecendo prioridades de intervenção e englobando a pessoa/família

• Estabelecer prioridades de intervenção englobando a pessoa/família nos programas de treino, com vista à maximização da função motora, cardíaca e respiratória, tendo presente a segurança do doente, correta monitorização dos sinais vitais, e sensação subjetiva do esforço por parte do doente (Escala de Borg); • Prescrição de exercício de treino adaptado à pessoa, com níveis de intensidade crescentes, especificando a frequência, a intensidade, a duração e modalidade; • Participação nas intervenções de ER em conjunto e/ou sob supervisão do enfermeiro orientador, de modo a compreender e integrar a atuação do EEER no desenvolvimento de programas de treino, com vista à maximização da funcionalidade da pessoa /família; • Articulação com outros profissionais, serviços/instituições de saúde para otimizar as intervenções planeadas e dar seguimento no momento da alta; • Avaliação da implementação e dos resultados estabelecidos para os programas de treino desenvolvidos, reformulando ou adaptando os objetivos e as intervenções, sempre que necessário; • Realização de registos de enfermagem precisos e completos, que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e que permitam a continuidade das intervenções planeadas.	neste processo, com vista à maximização da função motora, cardíaca e respiratória. • Compreende e integra a atuação do EEER no desenvolvimento de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com vista à maximização da funcionalidade da pessoa /família. • Avalia os resultados dos planos/programas de reabilitação implementados, reformulando ou adaptando, sempre que necessário. • Garante a continuidade dos cuidados de ER através da elaboração de registos precisos e completos e da articulação com os serviços/ instituições.
Recursos Utilizados	• Docente orientador da ESEL. • Enfermeiro orientador e equipa multiprofissional dos contextos de estágios. • Pessoa/família/comunidade.

	• Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica. • Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão.	
Competências	A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	
Objetivos específicos	6. Desenvolver uma prática profissional especializada de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão e baseada em processos de tomada de decisão suportados pela melhor evidência científica.	
Atividades		Indicadores
• Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares articulando-os com pesquisa bibliográfica, protocolos e normas dos contextos de estágio; • Mobilização de informação (adquirida junto da pessoa/família ou contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução) assegurando o direito da pessoa/família no respeito pela confidencialidade, mas garantindo o acesso à informação;		• Mobiliza os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares e articulou-os com pesquisa bibliográfica, protocolos e normas dos contextos de estágio; • Assegura o direito da pessoa/família no respeito pelo acesso à informação e à confidencialidade, na mobilização de informação escrita e oral. • Participa no processo de tomada de decisão em equipa, assumindo responsabilidade profissional e

• Participação no processo de tomada de decisão em equipa, garantindo o respeito pelas normas legais, os princípios éticos e deontológicos inerentes á profissão; • Construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa/família, assegurando o respeito pelo seu direito à escolha e autodeterminação; • Elaboração e implementação de programas de intervenção, assegurando o respeito pela segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa/família; • Identificação de necessidades formação de por forma a dar resposta a essas necessidades, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas e usando as tecnologias de informação e os métodos de pesquisa adequados; • Incorporação dos novos conhecimentos no contexto da prática e enriquecendo o processo de tomada de decisão especializado, dinamizando-os no âmbito da equipa; • Reflexão sobre os processos de tomada de decisão, mobilizando os seus contributos para o desenvolvimento de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência.	respeito pelas normas legais, princípios éticos e deontológicos. • Constrói de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa/família, assegurando o direito à escolha e autodeterminação. • Elabora e implementou programas de intervenção, respeitando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa/família. • Identifica e respondeu às necessidades de formação, mobilizando os recursos adequados. • Incorpora novos conhecimentos na prática e enriquecendo o processo de tomada de decisão especializado, dinamizando-os no âmbito da equipa. • Reflete sobre os processos de tomada de decisão, mobilizando os seus contributos para o desenvolvimento de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência.
Recursos Utilizados	• Docente orientador da ESEL. • Enfermeiro orientador e equipa multiprofissional dos contextos de estágios.

	• Pessoa/família. • Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica. • Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.	
Competências	B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.	
Objetivos específicos	7. Desenvolver uma prática profissional especializada assegurando a melhoria continua e a qualidade.	
Atividades		Indicadores
• Mobilização de conhecimento atual na área da qualidade na intervenção à pessoa/família; • Avaliação e análises dos planos de intervenção à pessoa/família, utilizando os instrumentos adequados de medição da qualidade (escala EQ-5D); • Mobilização dos princípios de gestão de um ambiente seguro e de adequação do espaço na intervenção à pessoa/família; • Mobilização dos princípios de um ambiente terapêutico na intervenção à pessoa/família, especialmente tendo em conta que todo o processo se desenvolve no domicílio, na esfera privada;		• Mobiliza conhecimento atual na área da qualidade na intervenção à pessoa/família. • Avalia os planos de intervenção à pessoa/família, utilizando os instrumentos adequados de medição da qualidade. • Mobiliza princípios de gestão de um ambiente seguro na intervenção à pessoa/família. • Mobiliza os princípios de um ambiente terapêutico na intervenção à pessoa/família.

• Conhecimento dos projetos de melhoria contínua e da qualidade implementados ou em desenvolvimento nos contextos de estágio; • Participação nos projetos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nos contextos de estágio, nomeadamente no que se refere aos ganhos obtidos pela intervenção dos EEER na RFR da pessoa com pneumonia, identificando oportunidades de melhoria, comunicando os resultados alcançados.	• Participa em projetos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nos contextos de estágio, identificando oportunidades de melhoria, cooperando na comunicação dos resultados alcançados.
Recursos Utilizados	• Docente orientador da ESEL. • Enfermeiro orientador dos contextos de estágios. • Equipa multiprofissional dos contextos de estágio. • Pessoa/família. • Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica. • Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.

Competências	C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados
Objetivos específicos	8. Desenvolver uma prática profissional especializada no âmbito da gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem.

Atividades	Indicadores
• Otimização do processo de tomada de decisão em equipa, disponibilizando assessoria e evidência científica atual e participando nas tomadas de decisão em equipa; • Identificação de necessidades de referenciação e mobilização a adequadas de outros prestadores de cuidados de saúde, de modo a complementar ou redirecionar a intervenção à pessoa/família; • Gestão dos cuidados em função dos recursos existentes e dos déficits de autocuidado da pessoa/família, envolvendo os elementos da equipa de enfermagem na concretização dos programas de reabilitação desenvolvidos para a pessoa/família; • Supervisão dos cuidados prestados em situação de delegação (quer nos colegas de Cuidados Gerais, quer em outros técnicos sob a nossa dependência), garantindo a segurança e a qualidade, assumindo a responsabilidade inerente à delegação; • Reflexão sobre os processos de tomada de decisão, mobilizando os seus contributos para o desenvolvimento de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência.	• Participa nas tomadas de decisão em equipa, justificando e sustentando o seu processo de tomada de decisão. • Identifica de necessidades complementar ou redirecionar a intervenção à pessoa/família, referenciando ou articulando adequadamente. • Gere os cuidados em função dos recursos existentes, dos déficits de autocuidado da pessoa/família, englobando a equipa na concretização dos programas estabelecidos. • Realiza supervisão das intervenções delegadas, assumindo a responsabilidade e pela segurança e qualidade das mesmas. • Reflete sobre os processos de tomada de decisão.
Recursos Utilizados	• Docente orientador da ESEL. • Enfermeiro orientador dos contextos de estágios. • Equipa multiprofissional dos contextos de estágio.

	• Pessoa/família. • Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica. • Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.
--	--

APÊNDICE II – Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades de acordo com os Objetivos Específicos

[illegible]

APÊNDICE III – Guião de Entrevista para os locais de Estágio

Guião de Entrevista

UCC	Questões
Caraterização do Serviço	Como é constituído o serviço? Quais os critérios de referenciação para admissão dos utentes? Quais os critérios de acompanhamento pela UCC? Qual a origem dos utentes e o circuito do mesmo desde a admissão até à alta?
Caraterização da população assistida	Quais as caraterísticas da população existente? Quais são as patologias mais comuns?
Gestão de Recursos Humanos	Como é constituída a equipa interdisciplinar? Quantos EEER existem na equipa? Como é organizada a distribuição do EEER?
Organização do trabalho e relação com restante equipa multidisciplinar	Como é realizada a articulação entre os Enfermeiros generalistas e os EEER? Como se procede ao planeamento dos cuidados? O planeamento é realizado em equipa? Como é realizada a articulação com os restantes recursos da comunidade?
Prestação de Cuidados de EEER	Qual a intervenção do EEER junto dos utentes? Existem projetos de ER na UCC? O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de EEER? Quais as necessidades de cuidados de ER mais frequentes nos utentes da UCC? Como é realizada a seleção (diagnóstico de necessidade de intervenção) dos utentes alvo dos cuidados de EEER? Como é realizada a organização do trabalho durante o turno? Qual a incidência de pessoas com pneumonia acompanhados na UCC? Quais as intervenções de ER às pessoas com pneumonia da UCC? De que forma se promove o autocuidado na intervenção do EEER? Que papel tem a família e qual o papel do EEER junto da família dos utentes?

Internamento	Questões
Caraterização do Serviço	Como é constituído o serviço? Quais os critérios de referenciação para admissão dos doentes? Qual a origem dos doentes? Como é realizado o circuito do mesmo desde a admissão até à alta?
Caraterização da população assistida	Quais as principais caraterísticas dos doentes do serviço? Quais são as patologias mais comuns?
Gestão de Recursos Humanos	Como é constituída a equipa interdisciplinar? Quantos EEER existem na equipa? Como é organizada a distribuição do EEER?
Organização do trabalho e relação com restante equipa multidisciplinar	Como é realizada a articulação entre os Enfermeiros generalistas e os EEER? Como se procede ao planeamento dos cuidados? O planeamento é realizado em equipa?
Prestação de Cuidados de EEER	Qual o trabalho do EEER junto dos doentes? Existem projetos de reabilitação no serviço? Quais as necessidades de cuidados de ER mais frequentes dos doentes do serviço? Como é realizada a seleção (diagnóstico de necessidade de intervenção) dos doentes alvo dos cuidados de EEER? Como é realizada a organização do trabalho durante o turno? Qual a incidência de pessoas com pneumonia internadas no serviço? Quais as intervenções de ER às pessoas pneumonia? De que forma considera que se promove o autocuidado na intervenção do EEER? Que papel tem a família e qual o papel do EEER junto da família dos doentes?
Continuidade dos Cuidados	Que papel tem a família após o episódio agudo? Como é preparada a alta do doente, para o regresso ao trabalho, á vida ativa? Existe articulação com os cuidados na comunidade no momento da alta? Como é feita a articulação com os restantes recursos disponíveis na comunidade?

APÊNDICE IV – Apresentação Intercalar do Projeto de Estágio

11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
UC Opção II

Reeducação Funcional Respiratória em contexto de Hospitalização domiciliária: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

José Miguel Correia Baptista



Lisboa
julho de 2020

Regente: Prof. Dr. Miguel Serra
Orientador: Prof. Ezequiel Pessoa

Sumário

1. Introdução
2. Pertinência da Temática
3. Referencial teórico
4. Objetivos do Projeto
5. Síntese do Conhecimento
6. Contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem
7. Referências Bibliográficas

1. Introdução

Título: Reeducação Funcional Respiratória em contexto de Hospitalização domiciliária:

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

- Competências na área:
 - Exercício atual em internamento de Pneumologia nos últimos 15 anos;
 - Equipa de enfermeiros de reabilitação;
 - Dinâmica de transferência de doentes em programa de reabilitação para o domicílio.

2. Pertinência do tema:

- Área de interesse pessoal e profissional:
 - Oportunidade de integrar a equipa de Hospitalização Domiciliária do HGO no âmbito do projeto;
 - Perspetiva de integrar a equipa de Hospitalização Domiciliária da minha instituição após a conclusão do percurso formativo.
- Área Investigação prioritária Em Enfermagem de Reabilitação:
 - Intervenções autónomas na área da função respiratória;
 - Dependência do autocuidado em contexto domiciliário.

2. Pertinência do tema:



Hospitalização domiciliária em Portugal

- Estratégia Nacional de Saúde 2015-2019
- SNS + Proximidade - (Despacho n.º 8807/2018)
- Despacho n.º 9323-A/2018:
 - "(...) modelo de prestação de cuidados em casa, afigura-se como uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência contínua e coordenada aos cidadãos que, requerendo admissão hospitalar para internamento, cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituam uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, com a concordância do cidadão e da família." (p.26900-(2)).
- Norma da DGS (Norma da HD em idade adulta) - lista de patologias integrativas para a HD, os critérios clínicos, sociais e geográficos inclusivos e os critérios de exclusão.

2. Pertinência do tema:

• Hospitalização domiciliária



Surge da conjugação de fatores como:

- **Baixa natalidade** e **aumento na esperança média de vida**, uma população envelhecida (83,9 anos) (INE, 2020)
- **Baixa oferta de camas** para tratamento médicos, por cada 100 000 habitantes" (EOHSP, 2017)
- Necessidade de **desinstitucionalização** e redução dos **gastos públicos**;
- Impulsionam a necessidade do «**cuidar em casa**» (OMS, 2008 - HomeCare in Europe – thesolidfacts)

2. Pertinência do tema:



Hospitalização domiciliária em Portugal

- **Impacto:**

- **Maior** do grau de **satisfação dos clientes e profissionais:**
- Menor tempo de internamento (menos 1,31 dias)
- Menores efeitos secundários (**menor perda funcional, quedas, úlceras por pressão, zero infeções adquiridas**)
- Menor taxa de mortalidade (0,97%, no Serviço de Medicina 10,71%)
- **Menor custo direto** (1029,20€, no Serviço de Medicina 1621,06€)
- Menor custo por dia de internamento (117,06€, no Serviço de Medicina 161,52€)

- **Vantagens:**

- **Mais tempo para o cliente** o que permite humanizar os cuidados
- Oferta de tratamento diferenciado no conforto da residência dos clientes
- **Mais educação para a saúde**
- **Maior envolvimento** do cliente e famílias no processo de doença/cuidar
- **Melhor articulação com cuidados de saúde primários**
- A continuidade de cuidados assegurada através de **reuniões conjuntas** (4 EEER/16E/Médicos/A. Social/Farm.)

- **Patologias mais frequentes:** pneumonia adquirida na comunidade (76; 27,1%), pielonefrite aguda (56; 20,0%), insuficiência cardíaca descompensada (38; 13,5%),

(HGO, 2017)



2. Pertinência do tema:

Doenças respiratórias

13.305 óbitos em 2018,
+ 3,8% do que no ano anterior
11,7% da mortalidade total ocorrida no país



Pneumonia

5,1% da mortalidade ocorrida em 2018
+2,5% em relação ao ano anterior

(INE, 2020)

"com valores significativamente crescentes" a partir dos 65 anos de idade"

"uma das principais causas de hospitalização e mortalidade em Portugal"

(ONDR, 2018)

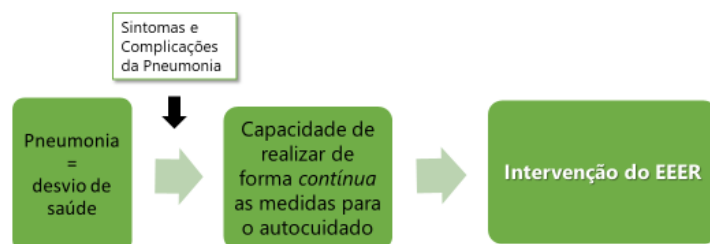
Lugar de destaque na atual pandemia, com ajustes na nova realidade



3. Referencial teórico

- O autocuidado é uma função humana reguladora deliberadamente realizada pela pessoa ou pelo seu agente de autocuidado (cuidado dependente), contribuindo de forma específica para a integridade da estrutura, funcionamento e desenvolvimento humano, com vista a manter a vida, a saúde e o bem-estar.

(Orem, 2001)



(Adaptado de Orem, 2001)

4. Objetivos:

- Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação, na reeducação funcional respiratória, no doente com Infecção respiratória/pneumonia, em contexto de hospitalização Domiciliária;
- Desenvolver competências do EEER nas suas diferentes áreas de intervenção, de forma a maximizar o potencial para o autocuidado.

5. Síntese do Conhecimento:

• Questão de Investigação

“Quais as intervenções do EEER na reeducação funcional respiratória da pessoa com infecção respiratória/pneumonia, em contexto de Hospitalização domiciliária, que promovam o autocuidado?”

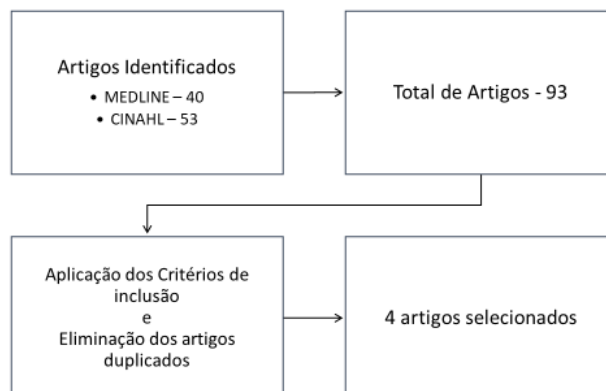
• Critérios de Inclusão

- ✓ Estudos qualitativos e quantitativos de qualquer metodologia, de acesso livre, em Inglês, português ou espanhol;
- ✓ Limite temporal entre 2001/2020;
- ✓ Participantes com mais de 18 anos com diagnóstico Infecção respiratória/pneumonia.

5. Síntese do Conhecimento:

	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO	COMPARAÇÃO	OUTCOMES
Linguagem natural	Pessoa com Infecção respiratória/Pneumonia	Enfermagem de Reabilitação Respiratória Reeducação Funcional Respiratória	Se existirem	Autocuidado
Termos indexados MEDLINE	Respiratory Tract Infections (MM) Pneumonia (MM)	Rehabilitation (MM) Respiratory Therapy (MM) Breathing Exercises (MM) Nurs* (Keyword) Respiratory nursing (Keyword)		Self-care (MM)
Termos indexados CINAHL	Respiratory Tract Infections (MM) Pneumonia (MM)	Pulmonary Rehabilitation (MM) Nursing Interventions (MM) Rehabilitation Nursing (MM) Breathing Exercises (MM) Respiratory Therapy (MM) Nurs* (Keyword) Respiratory nursing (Keyword)		Self-care (MM)

5. Síntese do Conhecimento:



5. Síntese do Conhecimento:

A case study of nurse management of upper respiratory tract infections in general practice	
Autores: Christopher C., Paul Kinnersley Butler, Mags Rees, Paul Kinnersley, Steven Rollnick, Kerenza Hood Ano: 2001	
Finalidade do estudo	<u>Tipo de estudo:</u> estudo de caso descritivo <u>Objetivo:</u> Descrever os ganhos em saúde de uma enfermeira especialista no acompanhamento de doentes com infeções do trato respiratório, numa clínica em Cardiff, Reino Unido
Participantes	132 Pessoas com infeções do trato respiratório seguidos pela enfermeira (234 no grupo controle seguidos pelo clínico geral)
Intervenções	Grupo de controlo - doentes observados por médicos de clínica geral Grupo de estudo - consulta centrada no doente, com recurso a entrevista motivacional: ✓ Promoção da compreensão da doença, sinais, sintomas; ✓ Promoção do autocuidado, técnicas de limpeza vias aéreas; ✓ Discussão, baseada na evidência, sobre o uso incorreto dos antibióticos; ✓ Disponibilidade para reavaliação da situação de doença.
Conclusões	Avaliação após 1 ano: Grupo de controlo manteve mesma prescrição de antibioterapia e de novas consultas; Grupo em estudo: ✓ Não houve redução no numero de consultas com a enfermeira mas uma redução significativa na prescrição de antibióticos (30%), melhor gestão das reinfeções, maior capacidade de autocuidado.

5. Síntese do Conhecimento:

Challenges to nurse prescribers of a no-antibiotic prescribing strategy for managing self-limiting respiratory tract infections

Autores: Samantha Rowbotham, Anna Chisholm, Susie Moschogiannis, Carolyn Chew-Graham, Lis Cordingley, Alison Wearden & Sarah Peters **Ano:** 2012

	<u>Tipo de estudo:</u> estudo qualitativo, exploratório, realizado no Reino Unido.
Finalidade do estudo	<u>Objetivo:</u> Explorar a atuação das "Enfermeiras Respiratórias" nas consultas de cuidados de saúde primários ao doente com patologia infecciosa do trato respiratório e os desafios que enfrentam ao tentar implementar uma estratégia sem prescrição medicamentosa/antibiótica.
Participantes	49 participantes: 34 enfermeiros prescritores e 15 utentes entrevistados.
Intervenções	Para fundamentarem uma abordagem das infeções respiratórias sem recurso a antibióticos, os enfermeiros basearam-se em: ✓ Ferramentas de comunicação e informação adequadas; ✓ Apoio em protocolos pré-estabelecidos; ✓ Envolvimento do doente na tomada de decisão; ✓ Promoção do autocuidado e empoderamento no controlo dos sinais e sintomas da doença.
Conclusões	✓ As expectativas dos doentes em relação aos antibióticos continua a ser dominante apesar dos enfermeiros se sentirem com ferramentas suficientes para desmontar essa expectativa; ✓ O treino dos Enfermeiros Respiratórios deve contemplar o uso de técnicas de autogestão da doença, que os distinga de outro prescritor; ✓ Trabalhos futuros devem concentrar-se na investigação sobre a eficácia das estratégias de autogestão, no treino e na melhoria da confiança dos enfermeiros ao lidar com estes doentes. ✓ Os resultados poderão contribuir para a forma de atuação de outros profissionais como os clínicos gerais. Este grupo frequentemente relata dificuldades na gestão da pressão feita pelo doente para a prescrição de antibióticos como forma de manter a satisfação e o relacionamento.



5. Síntese do Conhecimento:

Pneumonia care and the nursing home: a qualitative descriptive study of resident and family member perspective

Autores: Soo Chan Carusone, Mark Loeb, Lynne Lohfeld **Ano:** 2006

	<u>Tipo de estudo:</u> estudo descritivo, qualitativo
Finalidade do estudo	<u>Objetivo:</u> Descrever os fatores intervenientes na escolha da hospitalização convencional vs tratamento no domicílio, no tratamento da pneumonia. Canadá
Participantes	14 participantes (6 doentes com Pneumonia e 8 familiares)
Intervenções	Recurso a entrevista em profundidade, estruturada, onde se analisa: ✓ Perceção sobre o estado de doença, sinais e sintomas de Pneumonia, episódios anteriores; ✓ Tipo de tratamento recebido, nº de observações pela equipa de saúde, o que valoriza na relação com os técnicos; ✓ Grau de envolvimento da decisão do local onde vai ser tratado (consentimento); ✓ Diferenças em relação aos cuidados que recebe em casa e poderia receber no hospital.
Conclusões	Na escolha de tratamento "em casa" foi valorizado: ✓ O conforto e o carinho em detrimento dos cuidados técnicos do hospital; ✓ Sensação de segurança pelo acompanhamento pelos familiares diretos; ✓ Maior disponibilidade, interesse e tempo por parte dos enfermeiros; ✓ Medo em contrair outras infeções hospitalares.



5. Síntese do Conhecimento:

Social Network Analysis to Evaluate Nursing Interventions to Improve Self-Care	
Autores: Margarita Marquez-Serrano, Xochitl Gonzalez-Juarez, Lorena E. Castillo-Castillo, Leonel Gonzalez-Gonzalez, Alvaro J. Idrovo Ano: 2012	
Finalidade do estudo	Tipo de estudo: estudo descritivo, qualitativo, realizado no México, durante a epidemia de H1N1 Objetivo: explorar as potencialidades da análise de redes sociais para avaliar o impacto de uma estratégia educacional focada no autocuidado de idosos, feita por Enfermeiros de saúde pública, sobre Infecções respiratórias agudas. Pretende melhorar o conhecimento sobre infecções respiratórias agudas e sua incidência nas redes sociais dos idosos, a fim de aumentar o empoderamento, melhorar o autocuidado e promover ações que reduzam a incidência de infecções respiratórias agudas entre os membros de um rede social.
Participantes	94 participantes (22 apresentaram Infecção respiratória durante o estudo)
Intervenções	Recurso a 7 sessões de educação para a saúde onde se privilegiava o conhecimento sobre: ✓ As doenças respiratórias agudas, sinais, sintomas e mecanismos de transmissão; ✓ Mudança nos hábitos de higiene como a lavagem correta das mãos, antes das refeições; ✓ Uso de lenços de papel para tossir e espirrar; Uso correto do termômetro, da máscara; ✓ Estimulação para passarem a ser promotores destes hábitos junto dos seus contatos próximos, nas suas redes sociais.
Conclusões	✓ Não houve alterações no número de doentes com infecções respiratórias (atribuível a um pequeno estudo e a uma comunidade muito fechada); ✓ Aumentou a capacidade de autocuidado dos intervenientes e de alguns membros da sua esfera social; ✓ Reduziu a utilização de antibióticos; ✓ A experiência mostrou como pequenas comunidades podem disseminar conhecimento transmitido por enfermeiros para os membros não participantes, quando a estratégia educacional é baseada em princípios significativos de aprendizagem.

6. Contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem:

"A evidência científica acerca dos reais benefícios da Reabilitação Respiratória em pessoas com pneumonia é escassa"

Centra-se na otimização da ventilação, na prevenção e correção de alterações posturais, na permeabilidade da via aérea e na redução do trabalho respiratório;

As técnicas como controlo da respiração, drenagem postural, percussão, vibração, huffing, tosse, TEF, ciclo ativo da respiração, exercícios de expansão torácica e dispositivos de oscilação externa têm sido estudadas na pessoa com pneumonia;

Todos os exercícios que visem a melhoria da mobilidade da parede torácica melhoram a ventilação e aumentam a tolerância ao exercício.

(Yang et al., 2010; Pattanshetty & Gaude, 2010; Branco et al., 2012; Castro et al., 2013, citados por OE, 2018)

6. Contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem:

Desenvolver competências que fundamentem a importância do EEER nas Unidades de Hospitalização domiciliária;

Promoção de processos de readaptação e programas de Reeducação Funcional Respiratória;

Participação em projetos de investigação.

Bibliografia

- ✓ Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Porto.
- ✓ Brum, Gabriela; Froes, Filipe (2001). Pneumonia: 25 perguntas frequentes em pneumologia. *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. ISBN: 972-733-048-7. Disponível em https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/n%C3%A2%C2%BA8_julho-dezembro2001_pneumonias.pdf
- ✓ Butler, C; Rees, M; Kinnersley, P; Rollnick, S; Hood, K. (2001). *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 328-333.
- ✓ Carusone, S; Loeb, M; Lohfeld L. (2006). Pneumonia care and the nursing home: a qualitative descriptive study of resident and family member perspectives - *BMC Geriatrics*, 6:2. doi:10.1186/1471-2318-6-2. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-6-2>
- ✓ Despacho nº 8807/2018. (2018). Diário Da República, 2ª série (nº. 179 de 2018-09-07), 25531 a 25532. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/116405860>
- ✓ Despacho n.º 9323-A/2018. (2018) Diário da República, 2ª série (nº. 191 de 03-10-2018, 26900-(2) a 26900-(5). Disponível em: <https://dre.pt/home/dre/116587923/details/maximized>
- ✓ Diário da República. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67318639>

Bibliografia

- ✓ Direção Geral da Saúde. (2015) Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020. Acedido a: 28/11/2019. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- ✓ Direção Geral da Saúde. (2018). *Norma nº 020/2018*. Acedido a: 22/06/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202018-de-20122018-pdf.aspx>
- ✓ Delerue (2018). Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade Portuguesa. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 24, 290-295. Acedido a: 05/06/2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v24n4/v24n4a08.pdf>
- ✓ Delerue & Correia (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25, 15-17. Acedido a: 05/06/2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v25n1/v25n1a05.pdf>
- ✓ Delerue & Correia (2020). Hospitalização Domiciliária e a COVID-19. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, Edição especial, 1-3. Acedido a: 28/6/2020. Disponível em: <http://10.24950/ispmi/COVID19/HGO/S/2020>
- ✓ ECHOSANTÉ (2016). D2.1 Update on the State of the Art (Polycare - GA 690367). Acedido em: http://www.polycareproject.com/Content/Resources/Deliverables/20160413_Polycare_REP_Update_on_state_of_art_v05n00f.pdf.pdf
- ✓ European Observatory on Health Systems and Policies. (2013) Home Care across Europe – case studies. Acedido a: 06/06/2020. Disponível em: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>

Bibliografia

- ✓ Direção Geral da Saúde. (2015) Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020. Acedido a: 28/11/2019. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- ✓ Direção Geral da Saúde. (2018). *Norma nº 020/2018*. Acedido a: 22/06/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202018-de-20122018-pdf.aspx>
- ✓ Delerue (2018). Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade Portuguesa. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 24, 290-295. Acedido a: 05/06/2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v24n4/v24n4a08.pdf>
- ✓ Delerue & Correia (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25, 15-17. Acedido a: 05/06/2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v25n1/v25n1a05.pdf>
- ✓ Delerue & Correia (2020). Hospitalização Domiciliária e a COVID-19. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, Edição especial, 1-3. Acedido a: 28/6/2020. Disponível em: <http://10.24950/ispmi/COVID19/HGO/S/2020>
- ✓ ECHOSANTÉ (2016). D2.1 Update on the State of the Art (Polycare - GA 690367). Acedido em: http://www.polycareproject.com/Content/Resources/Deliverables/20160413_Polycare_REP_Update_on_state_of_art_v05n00f.pdf.pdf
- ✓ European Observatory on Health Systems and Policies. (2013) Home Care across Europe – case studies. Acedido a: 06/06/2020. Disponível em: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>

Bibliografia

- ✓ Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR] (2018). Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. Cadernos OE, Série 1, n. 10. ISBN: 978-9898444-41-7
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. (26-01-2018). 1-16. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário Da República, 2.ª Série- Nº 85 de 03-05-2019, 13565-13568
- ✓ Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby
- ✓ Organização Mundial de Saúde (2008) *Home Care in Europe- the solid facts*. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf?ua=1
- ✓ Organização Mundial de Saúde (2018). Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization; who.int/gho/database/en/. Acedido em 01 de Maio de 2020
- ✓ Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157-164. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Bibliografia

- ✓ Rowbotham, S.; Chisholm, A.; Moschogiannis, S.; Chew-graham, C.; Cordingley I, Wearden, P; Peters, P.; (2012). Challenges to nurse prescribers of a no-antibiotic prescribing strategy for managing self-limiting respiratory tract infections. *Journal of Advanced Nursing* 68(12), 2622-2632. Disponível em : doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05960.
- ✓ Sistema Nacional de Saúde. (2018) Retrato da Saúde. Acedido a 30/11/2019. Disponível em: <https://issuu.com/boletiminfcomprapublicassaudef/docs/retrato-da-saude-2018-compressed>
- ✓ Sistema Nacional de Saúde. (2018) SNS+ proximidade – Mudança centrada nas pessoas. Acedido a 01/12/2019. Disponível em: https://issuu.com/youarelive/docs/20171120_livrosnsp proximidade-1
- ✓ Sistema Nacional de Saúde. (2019). *SNS | Estratégia de modernização*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/05/31/sns-estrategia-de-modernizacao/>
- ✓ Torney, A.; Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição) Loures: Lusociência

11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
UC Opção II

Reeducação Funcional Respiratória em contexto de Hospitalização domiciliária: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

José Miguel Correia Baptista



Lisboa
julho de 2020

Regente: Prof. Dr. Miguel Serra
Orientador: Prof. Ezequiel Pessoa

APÊNDICE V – Apresentação Final do Projeto de Estágio

11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
UC Opção II

Reeducação Funcional Respiratória em contexto — de Hospitalização Domiciliária: a promoção do autocuidado na pessoa com pneumonia

José Miguel Correia Baptista



Lisboa
Outubro 2020

Regente: Prof. Dr. Miguel Serra
Orientador: Prof. Ezequiel Pessoa

Sumário

1. Escolha do tema
 2. Enquadramento teórico
 3. Filosofia e conceção de cuidados
 4. Objetivos
 5. Planeamento de atividades
 6. Locais de estágio
 7. Cronograma
- Referências Bibliográficas

1. Escolha do tema

Competências na área:

- Exercício profissional na área
- Competências na área da VNI, Oxigenoterapia, inaloterapia
- Dinâmica da equipa de EEER

Área de interesse pessoal e profissional:

- Oportunidade de aprendizagem numa nova filosofia de cuidados
- Perspetiva de integrar a equipa de Hospitalização Domiciliária

Área investigação prioritária em Enfermagem de Reabilitação:

- Hospitalização Domiciliária – uma nova realidade
- Necessidade de produzir evidência científica
- Fundamentar as Intervenções autónomas na área da função respiratória

2. Enquadramento teórico:

• Revisão Narrativa da Literatura

Pesquisa inicial nas bases de dados CINHAHL e MEDLINE via Ebscohost – 4 estudos inconclusivos para a temática em estudo. Nova Estratégia de pesquisa.

Pesquisa em literatura secundária publicada, sites institucionais e governamentais, *guidelines* de entidades científicas, revelaram outros artigos. Surgiram muitos artigos relacionamos com a COVID-19.

Construção do enquadramento teórico do projeto tendo por bases as seguintes palavras chave:
Pneumonia, Hospitalização Domiciliária, Reeducação Funcional Respiratória e Autocuidado.

2. Enquadramento teórico:

- Pneumonia

5,1% da mortalidade ocorrida em 2018
+2,5% em relação ao ano anterior

(INE 2020)

Taxas de hospitalização crescentes entre 2001 e 2011
(2,8 para 4,3 por 1000 habitantes)

(Pessoa, 2020)

+65anos - 78% dos internamentos
- 93% do total de óbitos

(ONDR, 2018)

2. Enquadramento teórico:

- Pneumonia

Substituição do ar dos alvéolos e ductos alveolares
por um exsudado inflamatório ou infiltração celular
inflamatória dos alvéolos e espaços intersticiais

(Froes, 2011)

Padrão respiratório restritivo, pela diminuição da
compliance pulmonar, redução do volume corrente

(OE, 2018)

Febre, dor torácica pleurítica aguda, taquicardia,
taquipneia, tosse seca ou produtiva, dispneia,
vômito, fadiga, mialgia, hipoxémia, sudorese e dor
abdominal

(Lawrence, 2018)

2. Enquadramento teórico:

• Hospitalização Domiciliária

Modelo interdisciplinar e capacitador centrado no cliente/família, que favorece a humanização dos cuidados e estimula a participação ativa

(DR nº191/2018)

mudanças demográficas, sociais, tecnológicas, epidemiológicas impulsionam a necessidade do «cuidar em casa»

(OMS, 2008)

cuidados prestados no domicílio são a opção preferencial de muitas pessoas e tendencialmente mais económicos que os hospitalares

(EOHSP, 2013)



2. Enquadramento teórico:

• Reeducação funcional respiratória

Tem sido bastante utilizada na pessoa com pneumonia mas é escassa a evidencia científica em relação aos benefícios

(BTS, 2009; Yang, 2013; OE, 2018)

Centra-se na otimização da ventilação, prevenção e correção de alterações posturais, permeabilidade da via aérea e redução do trabalho respiratório

(OE, 2018)

Só deve ser iniciada após estabilização da fase aguda da doença, com objetivos terapêuticos delineados em função da avaliação inicial e sintomatologia apresentada

(Cordeiro e Menolita 2012)

2. Enquadramento teórico:

- Reeducação funcional respiratória

Inclui controlo da respiração, drenagem postural, percussão, vibração, huffing, tosse, técnica de expiração forçada (TEF), ciclo ativo de técnicas de respiração (CATR), exercícios de expansão torácica, dispositivos de oscilação externa

(Cordeiro e Menolta 2012, OE 2018)

Cough assist ou dispositivos de pressão expiratória positiva (PEP) podem ser utilizados em situações de tosse ineficaz

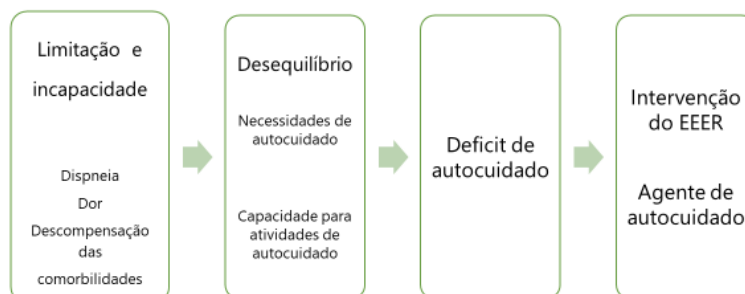
(BTS, 2009; Strickland, 2013)

A reeducação ao esforço com o treino de exercício traduzem maiores benefícios na capacidade funcional, força muscular periférica, dispneia e qualidade de vida.

(Cordeiro e Menolta 2012; Anderson, 2016, OE 2018)

3. Referencial teórico

- Escolha do Modelo conceptual de Dorothea Orem.



(Adaptado de Orem, 2001)

4. Objetivos Gerais:

1. Desenvolver competências de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
2. Desenvolver competências de intervenção do EEER na Reeducação Funcional Respiratória da pessoa com pneumonia e sua família na promoção do autocuidado.
3. Desenvolver competências comuns do EE no âmbito da conceção, gestão e supervisão de cuidados.

4. Objetivos específicos:

Segundo as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019)

J1	1. Avaliar alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia 2. Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que promovam o autocuidado, otimizando e/ou reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia
J2	3. Elaborar, implementar e avaliar programas de treino de AVD, respondendo às limitações dos requisitos de autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia 4. Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família.
J3	5. Conceber, implementar e avaliar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia

4. Objetivos específicos:

Segundo as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b)	
A1. A2. D1. D2.	6. Desenvolver uma prática profissional especializada de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão e baseada em processos de tomada de decisão suportados pela melhor evidência científica
B1. B2. B3.	7. Desenvolver uma prática profissional especializada assegurando a melhoria contínua e a qualidade dos cuidados à pessoa/família
C1. C2.	8. Desenvolver uma prática profissional especializada no âmbito da gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem à pessoa/família

Competência	J1 — Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidado
Objetivo específico	1. Avaliar alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão 2. Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que promovam o autocuidado, otimizando e/ou reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia
Atividades	Indicadores
- Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares articulando-os com pesquisa bibliográfica, e normas e protocolos dos contextos de estágio; - Mobilização de informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução; - Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação da pessoa ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade; - Identificação dos fatores facilitadores e/ou inibidores de funcionalidade e de capacidade para o autocuidado da pessoa/família; - Identificação de situações de compromisso dos requisitos de autocuidado da pessoa/família; - Aplicação de instrumentos de avaliação da pessoa com pneumonia nos contextos de estágio selecionando os mais adequados para cada situação; - Avaliação do impacto que as alterações identificadas têm na qualidade de vida e bem-estar da pessoa/família; - Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função, promovendo o autocuidado, estabelecendo prioridades de intervenção e englobando a pessoa/família neste processo; - Formulação de diagnósticos de enfermagem, tendo em conta a informação recolhida, estabelecendo prioridades e definindo objetivos.	Fundamentou a intervenção de ER com base em evidência científica. Conheceu e mobilizou as normas e protocolos dos contextos de estágio, assim como a informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados e registos de evolução. Justificou a escolha e utiliza adequadamente os instrumentos de avaliação. Realizou a avaliação da capacidade funcional, autocuidado, impacto na qualidade de vida e bem-estar foram realizadas com recurso aos instrumentos mais adequados para o efeito e englobando a pessoa/família nessa avaliação Identificou necessidades de reeducação da funcionalidade e promove o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com pneumonia

Competência	A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	
Objetivo específico	6. Desenvolver uma prática profissional especializada de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão e baseada em processos de tomada de decisão suportados pela melhor evidência científica	
Atividades - Elaboração e implementação de programas de intervenção, assegurando o respeito pela segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa/família. - Identificação de necessidades formação e lacunas de conhecimento e atuação em conformidade para dar resposta a essas necessidades, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas e usando as tecnologias de informação e os métodos de pesquisa adequados. - Incorporação dos novos conhecimentos no contexto da prática enriquecendo o processo de tomada de decisão especializado, dinamizando-os no âmbito da equipa. - Reflexão sobre os processos de tomada de decisão, mobilizando os seus contributos para o desenvolvimento de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência.		Indicadores Elaborou e implementou programas de intervenção, respeitando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa/família. Identificou e respondeu às necessidades de formação, mobilizando os recursos adequados. Incorporou novos conhecimentos na prática e enriquecendo o processo de tomada de decisão especializado, dinamizando-os no âmbito da equipa. Refletiu sobre os processos de tomada de decisão, mobilizando os seus contributos para o desenvolvimento de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência.
Recursos	Docente orientador da ESEL, Enfermeiro orientador dos contextos de estágios, Equipa multiprofissional dos contextos de estágio, Pessoa/família, conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica. Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.	

6. Locais de estágio:

Serviço de Hospitalização

Domiciliária – Hospital

Garcia de Orta



Equipa de Cuidados

Continuados Integrados – UCC

Saúdar – ACES Lisboa

Ocidental e Oeiras

6. Cronograma

Ano	2020										2021											
Mês	Nov.		Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março				Abril			
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	29	6	12	
Dias	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26	5	12	19	26	2	9	16	
Locais de Estágio	Hospitalização Domiciliária – Hospital Garcia de Orta										UCC Saúdar											
Objetivo 1																						
Objetivo 2																						
Objetivo 3																						
Objetivo 4																						
Objetivo 5																						
Objetivo 6																						
Objetivo 7																						
Objetivo 8																						

Referências Bibliográficas

- ✓ Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Porto.
- ✓ Anderson, J.; Corso, S. (2016). Inpatient rehabilitation improves functional capacity, peripheral muscle strength and quality of life in patients with community-acquired pneumonia: a randomized trial – Journal of physiotherapy 62:96-102 – Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.02.014>
- ✓ Battaglini, D.; Robba, C.; Caiffa, S.; Ball, L.; Brunetti, I.; e al (2020) Chest physiotherapy: An important adjuvant in critically ill mechanically ventilated patients with COVID-19. Respiratory Physiology & Neurobiology. 282. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resp.2020.103529>
- ✓ Brum, Gabriela; Froes, Filipe (2001). Pneumonia: 25 perguntas frequentes em pneumologia. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. ISBN: 972-733-048-7. Disponível em https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/n%C3%A2%C2%BA8_julho-dezembro2001_pneumonias.pdf
- ✓ Carusone, S.; Loeb, M.; Lohfeld L. (2006). Pneumonia care and the nursing home: a qualitative descriptive study of resident and family member perspectives - BMC Geriatrics. 6:2. doi:10.1186/1471-2318-6-2. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-6-2>
- ✓ Cordeiro, M.; Menolta, E. (2012). Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória. 1ª edição. Loures: Lusociência ISBN: 978-972-8930-86-8

Referências Bibliográficas

- ✓ Despacho n.º 9323-A/2018. (2018) Diário da República, 2ª série (n.º 191 de 03-10-2018, 26900-(2) a 26900-(5). Disponível em: <https://dre.pt/home/dre/116587923/details/maximized>
- ✓ Diário da República. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67318639>
- ✓ Direção Geral da Saúde. (2015) Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020. Acedido a: 28/11/2019. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- ✓ Direção Geral da Saúde. (2011). Norma n.º 045/2011. Acedido a: 22/09/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0452011-de-26122011-jpg.aspx>
- ✓ Direção Geral da Saúde. (2018). Norma n.º 020/2018. Acedido a: 22/06/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202018-de-20122018-pdf.aspx>
- ✓ Delerue (2018). Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 24, 290-295. Acedido a: 05/06/2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v24n4/v24n4a08.pdf>
- ✓ Delerue & Correia (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 25, 15-17. Acedido a: 05/06/2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v25n1/v25n1a05.pdf>
- ✓ Delerue & Correia (2020). Hospitalização Domiciliária e a COVID-19. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Edição especial, 1-3. Acedido a: 28/6/2020. Disponível em: <http://10.24950/ispml/COVID19/HGO/S/2020>

Referências Bibliográficas

- ✓ Dowell, S.; Moss, G.; Odedra, K. (2018). *Rapid response: a multiprofessional approach to hospital at home*. *British Journal of Nursing*, 27(1), 24-30. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.1.24>
- ✓ ECHOSANTÉ (2016). D2.1 Update on the State of the Art (Polycare - GA 690367). Acedido em: http://www.polycareproject.com/Content/Resources/Deliverables/20160413_Polycare_REP_Update_on_state_of_art_v05r00f.pdf.pdf
- ✓ European Observatory on Health Systems and Policies. (2013) *Home Care across Europe – case studies*. Acedido a: 06/06/2020. Disponível em: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>
- ✓ European Observatory on Health systems and Policies. (2017) *State of Health in the EU Portugal - Perfil de Saúde do País 2017*. Acedido a: 06/06/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/o-estado-da-saude-na-uniao-europeia-pdf.aspx>
- ✓ Heitor, M.; Canteiro, M.; Ferreira, J.; Olazabal, M.; Maia, O. (2017). *Reeducação Funcional Respiratória*. 3ª Edição.
- ✓ Hospital Garcia de Orta. (2018). *Unidade de Hospitalização Domiciliária - Programa Funcional*. Acedido a: 20/05/2020. Disponível em: http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/UHD_Plano_Funcional_2018.pdf
- ✓ Lawrence, Patricia. (2018). *Pneumonia in Older Adult*. *Cinahl Information Systems*, Glendale, CA 91206.
- ✓ Márquez-Serrano, M.; Xochitl González-Judrez, X.; Castillo-Castillo, L.; González-González, L.; Idrovo, A. (2012). *Social Network Analysis to Evaluate Nursing Interventions to Improve Self-Care - Public Health Nursing*, Vol. 29 No. 4, pp. 361-369; Disponível em: <http://10.1111/j.1525-1446.2012.01014>

Referências Bibliográficas

- ✓ Medizábal, P. S., García, I. S., Frdez, C. R. G., & Canales, M. T. B. (2011). Recomendaciones clínicas y procedimientos (Fundación: Imprenta Regional de Cantabria, ed.). Disponível em: <http://sepho.es/wp-content/uploads/2016/07/Protocolo-SEPHO-Est%C3%A1ndares-y-utilidad-de-la-Hospitalizaci%C3%B3n-a-Domicilio.pdf>
- ✓ Monahan, F.; Sands, J.; Neighbors, M.; Marek, J.; Green, C. (2010). Enfermagem Médico-cirúrgica, 8ª ed., Loures: Lusociência ISBN: 978-989-8075-22-2.
- ✓ Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal – Retrato da saúde 2018. O estado da Saúde em Portugal. SNS, Lisboa.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Porto.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. Cadernos OE, Série 1, n 10. ISBN: 978-9898444-41-7
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. (26-01-2018), 1-16. <https://www.ordenenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Referências Bibliográficas

- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário Da República, 2.ª Série- Nº 85 de 03-05-2019, 13565-13568
- ✓ Orem, D. E. (2001). Nursing: concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby
- ✓ Organização Mundial de Saúde (2008) Home Care in Europe- the solid facts. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf?ua=1
- ✓ Organização Mundial de Saúde (2018). Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization; who.int/gho/database/en/. Acedido em 01 de Maio de 2020
- ✓ Polastré, M.; Nava, S.; Clini, E.; Vitacca, M.; Gosselink, R. (2020) COVID-19 and pulmonary rehabilitation: preparing for phase three. Eur Respir Journal. 55: 2001822. Disponível em: <https://doi.org/10.1183/13993003.01822-2020>
- ✓ Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, IV(3), 157-164. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Referências Bibliográficas

- ✓ Rowbotham, S.; Chisholm, A.; Moschogiannis, S.; Chew-graham, C.; Cordingley I, Wearden, P; Peters, P.; (2012). Challenges to nurse prescribers of a no-antibiotic prescribing strategy for managing self-limiting respiratory tract infections. *Journal of Advanced Nursing* 68(12), 2622-2632. Disponível em: doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05960
- ✓ Strikland, S.; Kubin, B.; Drescher, G.; O'Malley, C.; Volsko, T.; Branson, R.; Hess, R. (2013). AARC Clinical Practice Guideline: Effectiveness of Nonpharmacologic Airway Clearance Therapies in Hospitalized Patients. *Respiratory Care*. 58 (12):2187-2193. Disponível em: DOI: 10.4187/respcare.02925
- ✓ Tomey, A.; Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição) Loures: Lusociência
- ✓ Yang M.; Yan, Y.; Yin, X.; Wang, BY.; Wu, T.; Liu, GJ.; Dong, BR. (2013). Chest physiotherapy for pneumonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. No.: CD006338. Disponível em : DOI: 10.1002/14651858.CD006338.pub3.
- ✓ Zhu, C.; Wu, Y.; Liu, H.; Ban, Y.; Ma, X.; Zhang, Z. (2020). Early pulmonary rehabilitation for SARS-CoV-2 pneumonia: Experience from an intensive care unit outside of the Hubei province in China. *Heart & Lung Journal*. 49, 449-450. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.04.007>
- ✓ Zhu, F.; Zhang, M.; Gao, M.; Zeng, C.; Wang, D.; Hong, Q.; Chen, W. (2020). Effects of respiratory rehabilitation on patients with novel coronavirus (COVID-19) pneumonia in the rehabilitation phase: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 10:e039771. Disponível em: doi:10.1136/bmjopen-2020-039771

11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
UC Opção II

Reeducação Funcional Respiratória em contexto — de Hospitalização Domiciliária: a promoção do autocuidado na pessoa com pneumonia

José Miguel Correia Baptista

Apêndice 2 – Jornal de Aprendizagem 1



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

A comunicação na relação terapêutica

José Miguel Correia Baptista



**Lisboa
2020**

A situação que descrevo neste jornal de aprendizagem surge da avaliação inicial realizada em contexto de estágio hospitalar, à pessoa sobrevivente de pneumonia secundária a infeção por SARS_CoV_2. A reflexão sobre a minha intervenção junto deste doente vai ao encontro do tema do meu projeto, Reeducação Funcional Respiratória (RFR) à pessoa com Pneumonia. O Sr. MS, de 72 anos de idade, é um dos muitos doentes do serviço que conseguiram ultrapassar uma das várias etapas desta doença pandémica, e que agora necessita de cuidados de Reabilitação tendo por objetivo minimizar os efeitos *destruidores* da doença otimizando o potencial recuperável a médio ou longo prazo. De porte atlético, refere ter perdido 16kg desde que entrou no serviço de urgência há cerca de 5 semanas, tendo constatado que 3 delas foram *apagadas* do seu fuso cronológico enquanto estava sedado e ventilado. As últimas duas semanas foram de descanulação, início de alimentação por via oral e remoção da sonda nasogástrica, progressão na realização das atividades de vida, como por exemplo, na higiene, levante e início de deambulação. À semelhança de outros casos, a dispneia e a insuficiência respiratória parcial motivaram a manutenção do aporte de oxigénio no repouso e em esforço, com aferição de débitos tendo em vista uma alta precoce para unidade de convalescença nos próximos dias. Sem antecedentes relevantes prévios ao internamento, o Sr. MS tem agora que lidar com a colonização a pseudomonas aeruginosa adquirida na UCI, a miopatia associada aos cuidados intensivos e ultrapassar um delírio hiperativo descrito aquando das várias tentativas de desmame ventilatório, encontrando-se agora medicado com terapêutica ansiolítica. Por outro lado, demonstra preocupação com a necessidade de ter de fazer oxigénio e/ou ir para uma unidade de convalescença quando o seu dia a dia era passado entre os passeios ao ar livre com caminhadas pela serra adjacente à sua casa e a fazer companhia à esposa, agora a viver em casa de uma das duas filhas.

Consciente, orientado em todas as vertentes, encontrava-se hemodinamicamente estável, tranquilo e sorridente quando me apresentei e expliquei o que pretendia desenvolver em parceria. Com diminuição da acuidade auditiva bilateral foi necessário adequar a linguagem, verbal e não verbal uma vez que a máscara de proteção individual constituiu mais um entrave à comunicação. A postura e a exemplificação dos exercícios foram centrais no ensino e no treino dos exercícios propostos. Do longo diálogo inicial foi possível perceber as múltiplas dúvidas e

incertezas decorrentes da dificuldade em processar a informação de cada um dos elementos da equipa lhe tentaram transmitir, nomeadamente os ensinamentos de promoção da sua recuperação e a necessidade de manter a oxigenoterapia.

Apresenta padrão respiratório predominantemente torácico, simétrico, superficial, sem utilização da musculatura acessória e a auscultação traduz a presença de murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares confirmando a evolução radiológica favorável da TAC de há dois dias. Sem tosse ou expectoração, mantém dispneia a esforços moderados sendo caracterizada através da visualização da escala de Borg Modificada, de intensidade 1 em repouso e 4 em esforço; Tônus muscular dos segmentos corporais sem sinais de hipertonia ou hipotonia, à realização de mobilização passiva, segundo Escala Modificada de Ashworth. A avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais segundo a *Escala Medical Research Council (MRC)* demonstra força mantida, sem alterações em relação ao seu padrão habitual. Equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé sem alterações. Encontrando-se em isolamento pela colonização bacteriana não foi avaliada a marcha pela impossibilidade de aplicar o instrumento de avaliação comumente utilizado, a prova de marcha dos 6 minutos. Mobiliza-se, contudo, sem qualquer dificuldade em redor da cama ou até à pequena casa de banho do quarto. O risco de queda é baixo (score 0), segundo a Escala de Morse, e a probabilidade de desenvolver úlcera por pressão é reduzido, apresentando um score 21 na escala de Braden. Em suma enquadra-se num grau de Dependência ligeira (score 25) segundo a Escala de Barthel.

Sem colocar de parte a necessidade necessitar de oxigenoterapia no domicílio ou na unidade de convalescença para a qual se encontrava referenciado e a aguardar vaga, propus um plano de intervenção na vertente da RFR e motora. O plano tem como objetivos específicos reduzir a fadiga e sensação de dispneia, melhorar a força muscular, a tolerância ao exercício e a capacidade funcional para a realização das AVD. Reduzir ou eliminar a necessidade de aporte de oxigénio ou reverter a necessidade de integrar uma unidade de convalescença, adiando o regresso ao domicílio, tornaram-se os grandes motores do programa de reabilitação. O interesse e a motivação do Sr. MS contagiou toda a equipa que, através do sistema de videovigilância interno, assistiam à execução dos exercícios propostos durante e após as sessões de reabilitação.

As técnicas de RFR incluíram o controlo da respiração (respiração diafragmática, dissociação dos tempos respiratórios), exercícios de expansão torácica (com ou sem bastão) e dispositivos de fortalecimento da musculatura inspiratória como o espirómetro de incentivo, defendidos por Cordeiro e Menoita (2012) e Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018). A posição de descanso e relaxamento, etapa inicial do programa, foi essencial para consciencializar e dissociar os tempos respiratórios e assim trabalhar a respiração diafragmática. Permitiu diminuir o trabalho respiratório uma vez que possibilita o relaxamento da musculatura acessória e recrutamento do diafragma conduzindo a uma maior tolerância ao esforço (Cordeiro e Menoita, 2012). Os exercícios eram replicados 5 a 6 vezes por dia, integrando a realização das atividades de vida, com uma franca melhoria ao nível do apetite e da ingestão proteica e com regularização do padrão do sono a ponto de suspender a terapêutica ansiolítica em poucos dias. Esta evolução reforça que a reabilitação respiratória tem impacto sobre as consequências de uma doença respiratória a nível sistémico, isto é, psicológico, fisiológico e na perceção da sintomatologia (Troosters, Gosselink, Janssens e Decramer, 2010).

A ausência de dispneia em repouso e a progressiva tolerância ao esforço permitiu a introdução de resistências e o aumento do número de séries e de repetições dos exercícios que a compunham. Sem dessaturação foi possível reduzir o aporte de O₂ em esforço e posterior suspensão depois de se confirmar valores de gasometria dentro dos parâmetros normais para a sua situação. À medida que o programa avança, a implementação de um programa de exercícios aeróbicos e resistidos pode trazer benefícios à pessoa com pneumonia sob forma de reeducação no esforço como recomendado pela OE (2018). Nesse sentido introduzida a pedaleira e exercícios de subir e descer escadas com a colocação de duas bases de apoio de pés, em madeira, que o Sr. MS subia e descia várias vezes ao longo do dia, junto ao leito e apoiado na grade da cama, como se de um corrimão se tratasse. Posteriormente, e após termino da antibioterapia e do isolamento, a caminhada no corredor sem aporte de oxigénio contribuíram para melhoria da funcionalidade e da realização das AVD, tal como preconizados por Cordeiro e Menoita (2012) e OE (2018). Os resultados são mais expressivos quando, ainda na fase RFR são implementados o treino de exercício, verificando-se maiores benefícios na capacidade funcional, força muscular periférica, dispneia e qualidade de vida (Anderson, 2016). Uma semana após o início do programa de reabilitação os

expressivos ganhos obtidos traduziram-se na realização das atividades de vida diárias sem dispneia, sem necessidade de aporte de O₂ e no regresso a casa para junto da esposa. O pedido de colaboração da equipa de cuidados continuados da sua área de residência foi mais uma peça chave no regresso ao domicílio onde manteve grande parte dos exercícios aprendidos e treinados no hospital, muitos deles adaptados às boas condições habitacionais relatadas pelo Sr. MS.

Da análise desta situação saliento a importância do uso adequado da comunicação para o desenvolvimento de uma relação terapêutica no que diz respeito à implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Esta situação permitiu-me ainda refletir sobre a importância da gestão de expectativas e do estabelecimento de objetivos realistas, com a pessoa, como parte integrante de uma relação terapêutica. Na área da saúde, a comunicação deve ser terapêutica uma vez que objetiva os cuidados, beneficiando a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada (Bertone, Ribeiro e Guimarães, 2007). Esta comunicação promove o desenvolvimento de uma relação terapêutica (Coelho, 2014), e ajuda o doente e família/cuidador a enfrentar o seu processo de doença, decidindo como é que quer viver a sua situação e identificando e mobilizando recursos e conhecimentos que o permitam fazer (Gefaell, 2007).

O estabelecimento de objetivos de reabilitação permite maior nível de motivação, eficiência e qualidade de vida relacionada com a saúde (Smit, Bouwstra, Wouden, Wattel & Hertogh, 2018) o que, aliado a uma forte relação terapêutica, vai proporcionar a adequação dos objetivos à realidade de cada pessoa, identificação das suas verdadeiras necessidades e ainda promoção do sentimento de confiança entre profissional de saúde e pessoa e a sua família/cuidador (Wold, 2013). Na relação com o Sr. MS, o estabelecimento de objetivos foram fatores criadores de motivação face ao programa de reabilitação, e são essenciais, no meu ponto de vista, em qualquer processo de transição de saúde-doença. A partilha do programa de intervenção com a equipa permitiu a monitorização constante da situação e a perceção dos ganhos em saúde com a alteração do destino do doente no momento da alta.

Penso que a minha intervenção junto deste doente permitiu desenvolver competências no que diz respeito ao objetivo “Desenvolver uma prática profissional baseada em processos de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica, procurando a excelência dos cuidados”

e “Desenvolver uma prática reflexiva no âmbito da enfermagem de reabilitação visando o autoconhecimento e assertividade” relativos às competências A1, A2, D1, D2, e “Desenvolver o processo de enfermagem na prestação de cuidados de reabilitação à pessoa com pneumonia” relativos à competência J1.

Referência Bibliográficas:

Anderson, J.; Corso, S. (2016). Inpatient rehabilitation improves functional capacity, peripheral muscle strength and quality of life in patients with community-acquired pneumonia: a randomised trial – *Journal of physiotherapy* 62:96-102 – Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.02.014>

Bertone, T. B., Ribeiro, A. P. e Guimarães, J. (2007). *Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente*. Revista Fafibe On Line, 3, p. 1-5. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>

Coelho, M.T. (2014) *Comunicação terapêutica em Enfermagem: utilização pelos enfermeiros* (Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>

Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória. 1ª edição. Loures: Lusociência ISBN: 978-972-8930-86-8

Gefael, C. V. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. Cadernos OE, Série 1, n 10. ISBN: 978-9898444-41-7

Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário Da República, 2.a Série- Nº 85 de 03-05-2019, 13565–13568

Smit, E., Bouwstra, H., van der Wouden, J., Wattel Hertogh, C. (2018). Patient-centred goal setting using functional outcome measures in geriatric rehabilitation: is it feasible? *European Geriatric Medicine*. 9:71–76

Troosters, T., Gosselink, R., Janssens, W. & Decramer, M. (2010). Exercise training and pulmonary rehabilitation: new insights and remaining challenges. *European Respiratory Review*. 19. (115), 24–29

Wold, G. H. (2013). *Enfermagem Gerontológica* (5ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda.

Apêndice 3 – Jornal de Aprendizagem 2



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

Estágio com relatório

Jornal de Aprendizagem

**- Equipa de Cuidados Continuados Integrados -
O papel do Enfermeiro Especialista**

**Lisboa
2020**



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

Estágio com relatório

Jornal de Aprendizagem

**- Equipa de Cuidados Continuados Integrados -
O papel do Enfermeiro Especialista**

José Miguel Correia Baptista

Professor orientador: Ezequiel Pessoa

Enfermeira Orientadora: Maria Teresa 

**Lisboa
2020**

Este jornal de aprendizagem tem como finalidade caracterizar e descrever, de forma sucinta, a organização e funcionamento da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) salientando o papel do Enfermeiro Especialista (EE). Partindo do ponto de vista do aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pretendo realçar as descobertas e os sentimentos experienciados nos primeiros dias de ensino clínico, na expectativa de vir a integrar esta filosofia de cuidados num futuro próximo.

Depois de uma breve integração no espaço físico e na moldura humana que compõe uma ECCI, a Sra. Enfermeira Orientadora de estágio sublinhou que os elementos que a compõe estão vocacionados para a prestação cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, como descrito na Portaria nº50/2017. Por outro lado, salientou que a mesma portaria introduziu a utilização do instrumento de Medida de Independência funcional (MIF) desde o momento da referenciação e ao longo de toda a trajetória do utente na rede, permitindo centrar a intervenção na potencialização da capacidade funcional dos utentes segundo uma perspetiva biopsicossocial e possibilitando a avaliação dos resultados da intervenção. Por outro lado, alargou a prestação de cuidados continuados integrados (CCI) a pessoas que se encontrem em situação de dependência, em qualquer fase do seu ciclo de vida, objetivado pela existência de crianças em situação de dependência na atual carteira de utentes, “cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (Decreto-lei nº 101/2006, 2006; Decreto-lei nº 28/2008, 2008).

A ECCI encontra-se inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) criada pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Decreto-Lei nº 101/2006), sendo formada por várias instituições que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social (ACSS, 2019). Das várias instituições que integra este modelo de proximidade salientou a articulação diária com a autarquia local, também ela muito próxima da população, num município com grandes assimetrias socioeconómicas. Da muita documentação fornecida nos primeiros dias de integração e da participação nos diferentes momentos em que o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) parece ter um

espaço privilegiado de atuação foi possível enquadrar a ECCI enquanto unidade funcional de uma rede de prestadores para a qual, enquanto enfermeiro generalista, fui contribuindo enquanto entidade referenciadora. De forma sucinta exponho, de seguida, a informação sobre a caracterização, organização e funcionamento, não só das ECCI, mas também dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), nomeadamente do ACES [REDACTED] e ECCI da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) [REDACTED] onde estou a desenvolver o presente estágio.

Os ACES, agrupamentos de Centros de Saúde (CS), consistem em serviços de saúde que agregam várias unidades funcionais (UF) (unidades de saúde familiar, USF, unidades de cuidados de saúde personalizados, UCSP, unidades de cuidados continuados, UCC, unidades de saúde pública, USP, e unidades de recursos assistenciais partilhados, URAP), constituídas por equipas multiprofissionais, que asseguram os cuidados de saúde primários à população da área geográfica do ACES em que se inserem. (Decreto-lei nº 28/2008, 2008). As UCC, na qual se integra a ECCI, são unidades que visam prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social a pessoas e famílias em situação vulnerável, de maior dependência funcional, ou doença, que necessitem de acompanhamento próximo, em contexto domiciliário e comunitário. (Decreto-lei nº 28/2008, 2008). São constituídas por uma equipa multiprofissional (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros profissionais), que possui autonomia organizativa e técnica e que atua em cooperação com as restantes UF, do CS e do ACES (Decreto lei nº 28/2008, 2008).

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) são assegurados por unidades de internamento (unidades de convalescença, UC, unidades de média duração e reabilitação, UMDR, e unidades de longa duração e manutenção, ULDM), unidades de ambulatório (unidades de dia e de promoção de autonomia), unidades hospitalares (equipas de gestão de altas, EGA) e unidades domiciliárias, nas quais se incluem as ECCI (Decreto-lei nº136/2015, 2015). As ECCI são equipas multiprofissionais, tuteladas pelo Ministério da Saúde e da Segurança Social, que prestam cuidados, nomeadamente do âmbito médico, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social (Decreto-lei nº 101/2006, 2006, p. 3862). A referenciação dos utentes para a RNCCI, nomeadamente para as ECCI, ocorre mediante diagnóstico de situação de dependência, a partir de uma avaliação médica, de enfermagem e social, na plataforma GestCare CCI e de um consentimento informado, pela EGA de um hospital, integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), ou pelo médico de família

da UF do ACES da área de residência (Portaria 174/2014, 2014). A proposta de referenciação é efetuada à Equipa Coordenadora Regional (ECR), que encaminha para a respetiva Equipa Coordenadora Local (ECL), que avalia e valida a referida proposta e a tipologia da unidade da RNCCI mais adequada para dar resposta às necessidades identificadas (Portaria 174/2014, 2014). A UCC [REDACTED], que integra a ECCI objeto desta exposição e reflexão, é a uma das UF do ACES [REDACTED] e assegura a prestação de cuidados de saúde da população residente nas freguesias de [REDACTED] e [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED] (ACES [REDACTED], 2016). Encontra-se sediada no piso inferior de um CS, localizado na freguesia de [REDACTED], funciona de segunda a sexta-feira, das 8.00 às 20.00, mas situações específicas como o tratamento de feridas ou o acompanhamento de doentes em situação mais instável ou paliativa poderão ser acompanhados, pela mesma equipa, durante o fim de semana.

A população abrangida é maioritariamente idosa, mas na carteira de utentes atual encontram-se utentes de todas as faixas etárias com patologias diversificadas, elevado índice de dependência, que requer a prestação de cuidados de saúde complexos, e de reabilitação. Abrangendo todo o tipo de alterações da funcionalidade (respiratória, sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade), surgiram nesta fase um elevado número de doentes associados à COVID 19. Destes salientam-se as alterações associadas a prolongados períodos de internamento, à síndrome da imobilidade associados aos Cuidados Intensivos, com necessidades de cuidados de reabilitação no âmbito da Reabilitação Funcional Motora (RFM) e Reeducação Funcional Respiratória (RFR).

A equipa da UCC é composta por um secretário clínico, dez enfermeiros, um médico, dois assistentes sociais e dois psicólogos, com diversas e diferentes competências, por forma a dar resposta às necessidades de cuidados dos utentes integrados na equipa. Os enfermeiros que constituem a equipa da ECCI são especialistas, sendo três EEER e um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. Tem uma capacidade de resposta para 21 utentes integrados e a cada um é atribuído um gestor de caso, isto é, um profissional responsável pela personalização, acompanhamento do Plano Individual de Intervenção (PII), prestação de cuidados diretos e comunicação com os restantes profissionais da equipa e demais intervenientes na prestação de cuidados (Decreto-lei 174/2014, 2014). Nesta

ECCI são gestores de caso os EEER que, pelo nível elevado de conhecimentos e experiência “...permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”. (OE, 2010). Esta foi uma das primeiras grandes descobertas que fiz no seio da ECCI, não apenas pela atribuição da função que aqui se elenca, mas pela constante atualização dos dados e discussão entre os EEER no início de cada dia de trabalho, antes de se partir para as visitas domiciliárias onde os cuidados se efetivam. A discussão do PII é tão mais abrangente quando, a cada 15 dias, toda a equipa multiprofissional se reúne com a presença de um elemento da ECL e o EEER gestor de caso expõe cada situação. Nesse encontro de trabalho são objetivados os ganhos em saúde, ajustados os PII, discutidos os encaminhamentos para outras tipologias ou apresentadas as altas em função da concretização dos objetivos alcançados ou da sua não exequibilidade, desde que devidamente fundamentada. É ainda um momento privilegiado de partilha de sentimentos e de saberes que cada uma das situações proporciona, à semelhança dos momentos que todos os dias partilho com a Sra. Enfermeira Orientadora no percurso entre cada um dos nossos utentes. Segundo Neves (2012) a multiprofissionalidade é a atuação conjunta de várias categorias profissionais, enquanto que a multidisciplinaridade se refere à conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde e na tomada de decisão em parceria. Assim, a prática não deve ser apenas multiprofissional, mas multidisciplinar, em que as várias disciplinas aprendem umas com as outras e existe colaboração, negociação e desenvolvimento de capacidades. Num contexto em que os recursos materiais e humanos são escassos, agravados por uma pandemia sem fim á vista, é essencial que haja uma equipa multidisciplinar capaz de dar resposta as necessidades que vão surgindo através da excelente articulação e conhecimento dos recursos da comunidade. Em suma, a equipa multidisciplinar deve fornecer complementaridade e integração de cuidados, desenvolvendo novas oportunidades, melhorando recursos e obtendo ganhos em saúde (Neves, 2012).

A gestão de um novo “caso” inicia-se após aceitação da vaga na ECCI e a realização uma primeira visita domiciliária nas primeiras 24h, onde é feita uma avaliação multiprofissional para posterior elaboração do PII (Portaria 174/2014, 2014). Esta primeira visita é, normalmente, realizada pelo EEER e um assistente social, através de uma avaliação de enfermagem e social da pessoa por forma a

definir “...o conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção tanto nos aspetos clínicos como sociais” (Decreto-lei 136/2015, 2015, p. 5084). Da avaliação de Enfermagem fazem parte a avaliação de sinais vitais, parâmetros biofísicos, auscultação pulmonar, e o recurso a diversos instrumentos de colheita de dados para a avaliação do risco de úlcera por pressão e de queda, avaliação do grau de dependência do autocuidado, avaliação motora, da coordenação e equilíbrio, avaliação da diabetes (quando aplicável), avaliação das condições habitacionais e ainda da dinâmica do agregado familiar. Este foi outro dos momentos reveladores das diferenças entre o cuidar em casa e cuidar no hospital. Apesar das visitas de desenrolarem entre duas a três vezes por semana e por períodos não inferiores a 1h, o tempo é limitado para, enquanto aluno, conseguir avaliar cada item e a sua correta valorização na integração do PII. Foi surpreendente ver a forma descontraída, mas pormenorizada com que a minha Orientadora de Estágio colheu os dados e os integrou no PII quando chegamos a UCC. A intervenção do EEER começa nessa primeira visita com a realização de alguns exercícios, com o controlo de sintomas, com gestão de expectativas do utente e da família, verificação das condições habitacionais, promoção da independência e funcionalidade desde o primeiro momento. De forma surpreendente verifiquei que o momento da realização de exercícios é também uma altura em que o utente desabafa, fala sobre as suas dificuldades, sobre a sua vida e objetivos mais imediatos e até sobre as suas relações interpessoais.

A garantia da continuidade dos cuidados e da implementação do PII, um dos princípios que está na base do funcionamento da RNCCI (Decreto-lei 136/2015, 2015), é conseguida e materializada nos registos de Enfermagem. Através dos registos, o EEER dá visibilidade à sua intervenção e concretiza, legalmente, os cuidados prestados junto de cada utente. Na ECCI os registos de ER são efetuados através do programa SClínico e do sistema de informação da RNCCI, GestCare CCI. O registo de admissão inicial é efetuado nas primeiras vinte e quatro horas após a admissão e contempla vários indicadores sensíveis aos cuidados em saúde, alicerçados em diagnósticos e intervenções de Enfermagem. No seguimento da prestação de cuidados são realizadas reavaliações mensais, na RNCCI, e uma nota de alta da ECCI quando foram reunidas as condições para esse momento. Em SClínico são efetuados os registos referentes aos cuidados de enfermagem, com

ênfase nos cuidados de reabilitação, aquando da realização das visitas domiciliárias, assim como a aferição do PII, sempre que necessário. Embora com alguma experiência acumulada no ensino clínico anterior, que usava a mesma plataforma informática de registos de Enfermagem, a utilização do SClinico foi uma dificuldade sentida nos primeiros registos. De aspeto gráfico pouco atrativo e com uma linguagem CIPE algo diferente do usado quotidianamente, foi necessário pedir várias vezes ajuda à Sra. Enfermeira Orientadora de estágio no sentido de perceber a dinâmica que o programa encerra. Com o tempo foi possível observar que, embora de difícil manuseamento, o programa tem alguns pontos fortes que o tornam melhores em relação aos demais: permite obter indicadores que apoiam a nossa intervenção e que refletem os ganhos em saúde por parte do utente. A melhoria nos graus de dependência permite terminar algumas intervenções por ter atingido determinado objetivo propondo outras intervenções que estimulem o potencial da pessoa que cuidamos.

Pelo descrito acima penso ter respondido ao meu objetivo específico “conhecer a dinâmica, funcionamento, organização e intervenção da equipa multidisciplinar e do EEER”, em particular, no âmbito, da presente ECCL, na prestação de cuidados do EEER, em contexto domiciliário. Desenvolvi as competências A1 (desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional) e A2 (garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais), integradas no conjunto das competências comuns do enfermeiro especialista.

Referência Bibliográficas:

ACES [REDACTED] (2016). Manual de Acolhimento. Lisboa: ACES [REDACTED]

Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *O que é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?* Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAdede/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>

Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, I Série A (Nº 109 de 06-06-2006), 3856 - 3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html.9> Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Diário da República, I Série (Nº 38 de 22-02-2008), 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>. Decreto-Lei nº 136/2015 (2015). Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Diário da República, I Série (Nº 145 de 28-07-2015), 5081 - 5091. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/136/2015/07/28/p/dre/pt/html>. Orientação Técnica nº 2/2017 (2017). Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/Módulos de preenchimento obrigatório no sistema de informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (GestCare CCI). Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Orientação Técnica nº2/CNCRNCCI/2017, (nº 2 de 27-02-2017).

Neves, M. (2012). *O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem Referência. III série. 18: 125-134

Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 – 4750

Portaria nº 174/2014 (2014). Define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, I Série (Nº 174 de 10-09-2014), 4865 - 4882. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/174/2014/09/10/p/dre/pt/html>.

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

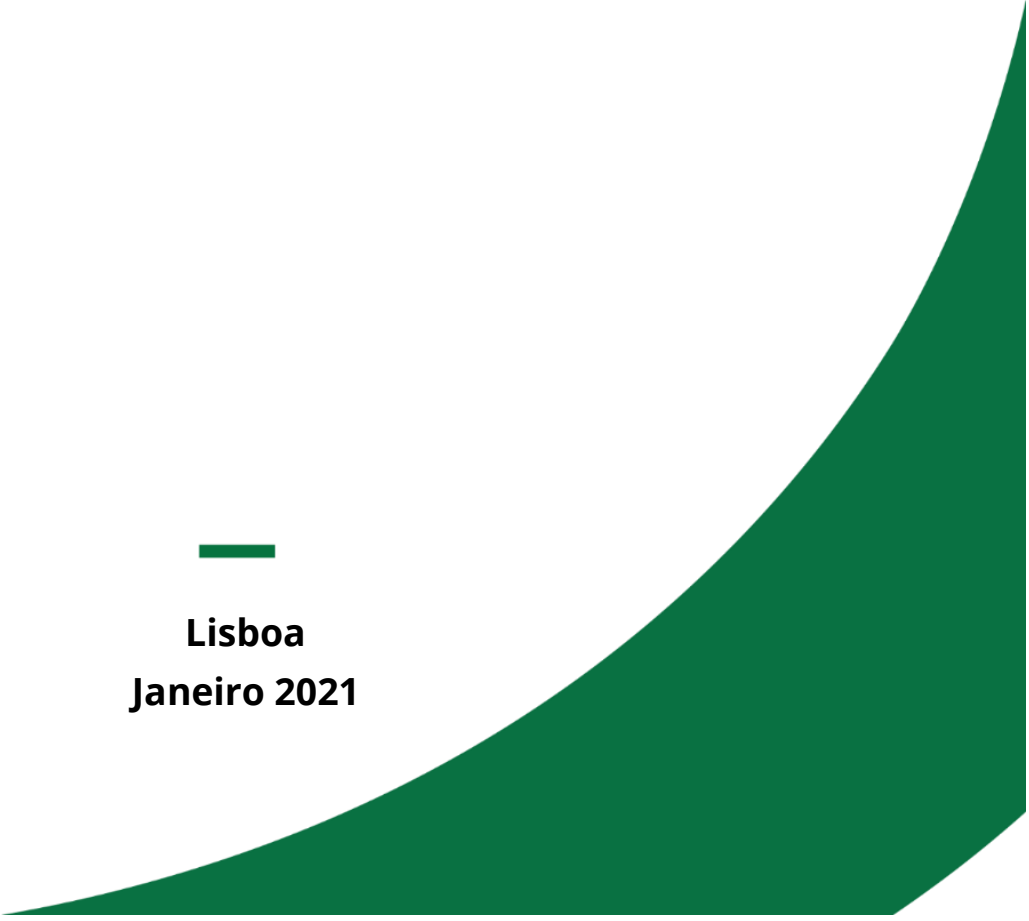
Apêndice 4 – Estudo de Caso 1

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

Estudo de caso

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com pneumonia

—
**Lisboa
Janeiro 2021**



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

Estudo de caso

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com pneumonia

Professor Orientador: Ezequiel Pessoa

Enfermeiras Orientadoras: Catarina [REDACTED]

Cláudia [REDACTED]

Lisboa

Janeiro 2021

1. COLHEITA DE DADOS

1.1 Identificação (Informação retirada do Processo Clínico)

Data de entrada: 11.09.2020

Nome: M.I.P

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 18.09.1951

Idade: 70 anos

Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Lisboa

Estado civil: Casada

Residência: Concelho de Oeiras; Localidade Linda-a-Velha

Escolaridade: 3º ano do liceu

Profissão/Situação profissional: Reformada (ex-funcionária da Petrogal)

1.2 Motivo (Informação retirada do Processo Clínico)

Recorre ao SU do [REDACTED] a 11/09/2020 por quadro de ortopneia desde a noite anterior. Refere tosse com expetoração mucosa escassa e disúria desde a noite anterior à ida ao SU. Refere edema dos membros inferiores com 2 anos de evolução, mais acentuado desde o último mês, mas que alivia com o decúbito dorsal e elevação dos pés.

Nega febre. Desconhece contactos com indivíduos COVID + ou quadro respiratório semelhante e tem permanecido no domicílio ausentando-se apenas para fazer compras.

1.3 História de saúde atual (Informação retirada do Processo Clínico e junto da doente)

À entrada no SU [REDACTED] a Sr. MIP apresentava hipoxémia (pO₂ 59.2mmHg na gasometria realizada em ar ambiente, Leucocitose (15.3), Proteína C reativa elevada (3.51mg/dl) e no Rx descrevem “hiperinsuflação (arcos costais horizontalizados), hipotransparência bilateral nos 1/3 inferiores de ambos os campos pulmonares, reforço hilar bilateral”. Foi testada duas vezes para SARS_CoV_2, pneumococos e Legionella sendo negativa. A 12.09, mantendo necessidade de aporte de O₂ (pO₂ 65.2 com O₂ a 2.0l/m) foi internada no serviço de medicina do

Hospital [REDACTED], do mesmo centro hospitalar (Lisboa [REDACTED]), e medicada com antibioterapia (Amoxicilina/ácido clavulânico + Claritromicina) por se enquadrar num quadro de Infecção respiratória com Insuficiência respiratória parcial. O aporte de O₂ foi aumentado para 3.0l/m por manter hipoxémia inicial. Sem alterações significativas do seu estado realizou TAC tórax a 17/09 revelando “área em “vidro despolido” no segmento apico-posterior do LSE, e em muito menor grau no segmento apical do LSD “...” bases pulmonares com escassas bronquiectasias de tração no contexto de alterações fibróticas/cicatriciais”. Celebra o seu 70º aniversário no dia 18.09 e no dia seguinte tem uma queda no WC com agravamento do quadro respiratório caracterizado por cianose, dessaturação, hipoxémia (PO₂ 45.2 sob oxigénio a 100%) e febre que repete colheitas para SARS-CoV-2 e Influenza/VSR revelando COVID positivo. Nesse momento é transferida para a UCIP-Covid e inicia antibioterapia com Tazobac dirigida a Pneumonia por SARS-COV-2 com sobreinfecção bacteriana. O suporte ventilatório das horas que se seguiram incluíram CPAP com O₂ a 100%, progredindo para ventilação não invasiva com BIPAP(E22/I10/Fr18) com O₂ a 90% e introdução do Remdesivir e da Dexametasona com discreta melhoria da hipoxémia. A 21/09 há necessidade de progredir para Entubação Orotraqueal (EOT) e Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) sob sedoanalgesia com transferência para a UCI-Covid [REDACTED]. Nesse dia, e após reavaliação radiológica, verifica-se Índice de lesão Pulmonar de 77% com necessidade de adotar posicionamento em decúbito ventral de modo a otimizar a ventilação pulmonar.

O episódio de queda e de positividade para SARS-CoV-2 foi descrito pela filha como um ato de negligência motivando queixa formal contra o hospital e a utilização dos meios de comunicação social para expressar a sua posição face ao ocorrido.

A 28/09 a antibioterapia é alterada para Meropnem pois dessatura sempre que passa para decúbito dorsal e uma Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) acrescentada á lista de problemas. A 5/10 a TAC de rotina revela “extensas áreas de densificação intersticial em vidro despolido bilateralmente e pequeno derrame pleural bilateral de maiores dimensões à direita. Nesta altura inicia Fluconazol por Infecção urinária a *Candida Albicans* e a família (filha) é informada do mau prognóstico da situação, tendo em conta que não existe vaga para Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) em nenhuma parte do país. Mais uma vez demonstra a sua

revolta perante esta situação culpabilizando os profissionais pelo que está a acontecer ao seu ente querido.

Embora instável, manteve todas as medidas de suporte ventilatório, de alimentação entérica via sonda nasogástrica e de eliminação com necessidade de recurso a laxante de forma pontual. A 12/10 verifica-se novo agravamento analítico e inicia ceftazidima e Gentamicina e mantém-se mais bem saturada em decúbito ventral. Existem várias tentativas de descurarização sem sucesso, mas a filha, ainda revoltada com a instituição, aceita que se avance com a traqueostomia, realizada a 22/10. A 25/10, perante um desmame ventilatório prolongado, já com traqueotomia, e sem disfunção de outros órgãos, inicia plano de reabilitação com cicloergómetro passivo depois de observado pela Medicina Física e Reabilitação. Foram necessários ainda mais alguns dias para definir a situação como uma Miopatia dos Cuidados Intensivos (29/10) tendo iniciado Fisioterapia a 2/11 com ênfase na mobilização das secreções, pois com tosse ineficaz, e na diminuição do esforço e gasto energético a nível ventilatório de forma a evoluir a nível motor. A 5/11 inicia reabilitação motora com fortalecimento muscular global e nova tentativa de sentar a beira da cama. A 9/11 tem contração muscular mais vigorosa, palpável a nível proximal de ambos os MS (menos evidente à esq.), embora acompanhe todos os movimentos. Movimento contra gravidade de ambas as tibiotársicas, embora sem completar amplitude de flexão plantar. Durante o processo de recuperação volta-se a assistir a várias intercorrências como Pneumotórax a 10/11, nova Pneumonia a *Pseudomonas aeruginosa* (iniciou Ceftazidima a 12/11), infeção nasocomial do trato urinário sob vancomicina até atingir a ventilação espontânea com O₂ a 8l/m por traqueostomia a 27/11.

Com critérios de cura para COVID 19 foi transferida para Unidade de intermédios a 27/11 e para Unidade de Ventilação não Invasiva (UVNI) do Hospital [REDACTED] a 4/12, dia em que conheci a doente e fiz a avaliação inicial enquanto aluno de Enfermagem de Reabilitação. Neste momento já se encontra com Cânula fenestrada sem cuff, ocluída, sob O₂ a 4L/min com saturações periféricas de 100%, sem sinais de dificuldade respiratória e com tosse eficaz. A 7/12 procede-se à descanulação, mantendo SNG para alimentação e o teste de disfagia é realizado pelo Terapeuta da fala do serviço de ORL. Sem sinais clínicos sugestivos de aspiração, inicia alimentação per os com consistência pastosa grossa e líquidos espessados na

consistência néctar (9/12) e a sonda nasogástrica é removida. Progressivamente a consistência é aumentada para dieta mole (10/12) e dieta geral (12/12) deixando de ser necessário adicionar espessante à água que ingere de força autónoma, sob supervisão, pois já apresenta capacidade de apreensão e movimentos finos ao nível das mãos.

O programa de reabilitação é delineado e discutido com a D^a MIP e ajustado à medida que há ganhos ou necessidade de aumentar a intensidade do programa de acordo com a evolução. Salienta-se a persistência da insuficiência respiratória parcial apesar da melhoria radiológica relatada na TAC de 10/12: “Sem áreas de vidro despolido, mantém bronquiectasias de tração (fibrose intralobular), já sem áreas de consolidação”. Assiste-se a valores gasométricos menos favoráveis quando a colheita é realizada na posição de sentada para aporte de oxigénio iguais (1.0l/m) e, discutida a situação em equipa multiprofissional assume-se fragilidade e pouca robustez diafragmática. Dirige-se então o foco da reabilitação funcional respiratória para a reeducação e fortalecimento diafragmático com a persistência dos exercícios já interiorizados pela doente, repetidos ao longo do dia, sob estímulo de toda a equipa, entretanto, mobilizada para o programa. Adicionam-se resistências como o posicionamento no leito nos vários decúbitos e inclinações e o espirómetro de incentivo tendo-se verificado melhoria progressiva dos valores gasométricos de modo a suspender o aporte de O₂ (11/01). Apesar da necessidade de permanecer cerca de 14 dias em isolamento profilático (28/12 a 11/01) por ter estado em contato com doente positiva para COVID-19 no mesmo quarto, a evolução foi positiva conquistando uma maior autonomia na mobilização, levante e deambulação integrando o treino de atividades de vida. A 15/01 faz treino de marcha no corredor, com andarilho, sem necessidade de aporte suplementar de O₂ e a 18/01 tem alta para unidade de convalescença no sentido de continuar o programa de reabilitação e conseguir o maior grau de autonomia possível, que se prevê total.

1.4 História de saúde pregressa (Informação retirada do Processo Clínico)

A D^a MIP tem como antecedentes pessoais: Hipertensão arterial (desde os 50 anos), Dislipidemia, Doença osteoarticular degenerativa em estudo (apresenta dor e edema do joelho esquerdo), hipotireoidismo desde junho 2020, fumadora de 15cig/dia

(desde os 19 anos). Desconhece alergias e foi intervencionada há dois anos para colocação de lente intraocular bilateral por miopia. Esteve apenas uma vez internada para dar à luz a única filha, sua pessoa de referência.

1.5 Regime terapêutico (Informação retirada do Processo Clínico)

Medicação habitual

Horário Medicação	Jejum	P. Almoço	Almoço	Jantar
Levotiroxina 0.1mcg	1			
Metoprolol 100mg		1		
AAS 100 mg			1	
Sinvastatina 20				1

Regime dietético:

- Dieta geral, hipolipídica

1.6 Agregado familiar/pessoas significativas e interação familiar/social

A família nuclear da D^a. M. C. é constituída pela própria, o marido e filha. A D^a MIP é casada com o Sr. JP, de 68 anos, reformado de estivador, autónomo, com doença hepática crónica seguido no Hospital [REDACTED] em consulta de gastro. A filha, solteira e com 46 anos de idade, técnica oficial de contas, encontra-se em teletrabalho há vários meses e não tem antecedentes relevantes.

1.7 Condições ambientais e habitacionais (Informação obtida junto da doente)

A D^a. MIP reside no concelho de Oeiras, localidade de [REDACTED]. Habita num apartamento próprio recentemente remodelado, situado no R/C, com 3 assoalhadas, com 3 degraus no acesso à porta de entrada.

O prédio de 3 andares está situado numa praça onde os espaços de estacionamento são sempre difíceis de encontrar. Uma vez por semana o casal dirige-se ao supermercado para fazer compras evitando os períodos de maior

afluência, para respeitar o distanciamento social exigido pelo atual momento pandémico.

Embora com remodelação recente, mantém banheira na casa de banho apesar de ter uma área de cerca de 12 metros quadrados, acessível a cadeira de rodas ou andador. A perspetiva da filha, depois de ter observado a evolução da mãe através de videochamada, é a remoção da banheira nos próximos dias enquanto da D^a MIP permanece internada.

2. APRECIACÃO DA PESSOA (D^a MIP)

2.1 Exame Físico e Estado Geral (7/12/2020)

A D^a MIP é uma pessoa do sexo feminino, de 70 anos, caucasiana e católica. Reformada há cerca de 12 anos, ex-funcionária da [REDACTED], exercia funções de administrativa. Vígil e orientada em todas as vertentes. Aparentemente calma e sorridente, refere ter grandes expectativa em relação aos próximos dias pois reconhece que esteve muitos dias em coma e quer ir rapidamente para casa. Sem alterações ao nível da linguagem apesar de ainda se encontrar traqueostomizada, pois apresenta discurso fluente, coerente, audível por ter cânula fenestrada. Hemodinamicamente estável (TA: 108/62 mmHg; FC: 72 bpm, pulso rítmico e cheio; FR: 20 ciclos/min; Saturação 97% com aporte adicional de O₂ a 2 L/min, Dor: 0 (escala numérica). Padrão respiratório predominantemente torácico, simétrico, superficial, sem utilização da musculatura acessória. À auscultação, apresenta murmúrio vesicular mantido, com fervores crepitantes 2/3 inferiores bilateralmente. Tem acessos de tosse produtiva expelindo secreções mucosas escassas. Dispneia caracterizada pela visualização da escala de Borg Modificada – Intensidade 3 em repouso (R), 6 em esforço (E); Tônus Muscular dos Segmentos Corporais – Sem sinais de hipertonía ou hipotonia, à realização de mobilização passiva, segundo Escala Modificada de Ashworth. Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais segundo a *Escala Medical Research Council (MRC)*: Diminuída ao nível da articulação escapulo-umeral e cotovelo de ambos os membros superiores (3/5); diminuída ao nível da articulação coxofemoral e joelho de ambos os membros Inferiores (1/5). Equilíbrio estático e dinâmico sentado com alterações (cai para a esquerda), não avaliada na posição ereta pois o doente não se consegue manter na

posição de pé; pelo mesmo motivo não foi avaliada a marcha. Apresenta, também por isso, risco médio de queda (score 35), segundo a Escala de Morse; Contínente vesical e intestinal necessita de ajuda para a colocação do dispositivo de eliminação. Apresenta alto risco de desenvolver úlcera por pressão – score 16 na escala de Braden e um Grau de Dependência total (score 25) segundo a Escala de Barthel.

2.2 Exame Neurológico

Avaliação do Estado de Consciência, Orientação, Atenção e Memória

A D^a MIP encontra-se consciente em relação a si e a todo o meio envolvente interagindo com todos os elementos da equipa de saúde, sem alterações na atenção, memória ou concentração. Mantém-se focada e motivada nas atividades realizadas, durante e após o programa de reabilitação conseguindo compreender os objetivos e o alcance dos exercícios realizados. Tem dificuldade em realizar exercícios mais complexos pela grande perda de massa e força muscular, resultantes da imobilidade prolongada, mas refere acreditar que é uma fase transitória, reversível, que pode ser ultrapassada a cada dia que passa.

Avaliação da Linguagem

Embora em processo de descanulação, não apresenta alterações da linguagem verbal e não verbal, mantendo discurso fluente, sem alterações na compreensão.

Avaliação dos Pares Cranianos

Pares cranianos	Avaliação
I – Olfativo	Hiposmia;
II – Ótico	Sem alterações da acuidade visual ou do campo visual;
III – Motor ocular comum;	Pupilas isocóricas e isorreativas;
IV – Patético;	Sem presença de ptose palpebral;
VI – Motor ocular externo	Sem alterações nos movimentos conjugados oculares (elevação, abaixamento, adução e abdução); movimentos oculares coordenados e simétricos; Sem presença de nistagmo;

V – Trigêmeo	Sensibilidade da face mantida (tátil, térmica e dolorosa), nos três ramos (oftálmico, maxilar e mandibular); Movimentos mastigatórios mantidos; mantém a capacidade de encerramento e de mobilização bilateral, de forma simétrica, da mandíbula; retirou a SNG e iniciou dieta pastosa sem sinais de disfagia.
VII – Facial	Simetria facial presente; Movimentos faciais mantidos, mas apresenta alguma diminuição da força dos músculos faciais; Percepção gustativa dos dois terços anteriores da língua aparentemente diminuída - disgeusia ;
VIII – Vestíbulo-coclear	Acuidade auditiva sem alterações, bilateralmente; Ausência de equilíbrio estático e dinâmico , quer sentado, quer em posição ortostática (ausência de movimento voluntário dos membros inferiores por ausência de força muscular)
IX – Glossofaríngeo	Percepção gustativa do terço posterior da língua aparentemente diminuída - disgeusia ;
X – Vago	Tom de voz alterado pela cânula fenestrada e traqueostomia ocluída. Doente entubada orotraquealmente durante várias semanas. Reflexo de vômito presente; Tosse eficaz;
XI – Espinhal	Capaz de lateralizar e rodar a cabeça, bilateralmente, sem alterações;
XII – Grande hipoglosso	Presença de simetria nos movimentos da língua, ausência de desvios ou tremores da língua; Ausência de acumulação de saliva na fossa piriforme;

Motricidade

- Avaliação da Força Muscular

Em consequência da imobilidade durante os 68 dias de Ventilação Mecânica Invasiva sob sedoanalgesia a D^a MIP apresenta uma miopatia dos cuidados intensivos caracterizada por um grave descondicionamento muscular.

É incapaz de mobilizar voluntariamente, ou de esboçar qualquer contração palpável, e/ou visível, ao nível da maioria dos diferentes segmentos que compõe os membros inferiores (coxofemoral e joelho), apresenta discreta capacidade de

contração muscular palpável e visível, das articulações escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e tibiotársica.

Consegue mover a cabeça e o pescoço (rotação e lateralização direita e esquerda, flexão, extensão e hiperextensão), vencendo a resistência.

Apresenta-se, de seguida e em forma de tabela, a avaliação da força muscular dos diferentes segmentos corporais tendo por base a *Medical Research Council Muscle Scale*.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL MUSCLE SCALE			
Segmentos	Movimentos	Avaliação	
<u>Cabeça e Pescoço</u>	Flexão/Extensão	5/5	
	Flexão lateral	5/5	
	Rotação lateral	5/5	
Membros Superiores		Lado Direito	Lado Esquerdo
<u>Escapulo-umeral</u>	Elevação/Depressão	2/5	3/5
	Adução/Abdução	3/5	3/5
	Rotação interna/externa	4/5	4/5
<u>Cotovelo</u>	Flexão/Extensão	3/5	3/5
<u>Antebraço</u>	Supinação/Pronação	4/5	4/5
<u>Punho</u>	Flexão/Extensão	3/5	3/5
	Desvio radial/cubital	3/5	3/5
	Circundação	3/5	3/5
<u>Dedos da mão</u>	Flexão/Extensão	3/5	3/5
	Adução/Abdução	3/5	3/5
	Circundação	4/5	4/5
	Oponência do polegar	4/5	4/5
Membros Inferiores		Lado Direito	Lado Esquerdo
<u>Coxofemoral</u>	Flexão/Extensão	0/5	0/5
	Adução/Abdução	0/5	0/5
	Rotação interna/externa	0/5	0/5
<u>Joelho</u>	Flexão	0/5	0/5
	Extensão	0/5	0/5
<u>Tibiotársica</u>	Flexão plantar/dorsal	3/5	3/5

	Inversão/Eversão	2/5	2/5
<u>Dedos do pé</u>	Flexão/Extensão	3/5	3/5
	Adução/Abdução	2/5	2/5
Pontuação <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>			
5/5	Força normal contra gravidade e resistência		
4/5	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade		
3/5	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência		
2/5	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular		
1/5	Contração palpável e/ou visível, mas sem movimento do membro		
0/5	Sem contração muscular palpável ou visível		

- Avaliação do Tônus Muscular/Espasticidade

Não se verificou aumento do tônus muscular durante a realização das mobilizações passivas, nos diferentes segmentos corporais avaliados, tendo por base a Escala de *Ashworth* Modificada.

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA			
Segmentos	Movimentos	Avaliação	
<u>Cabeça e Pescoço</u>	Flexão/Extensão	0	
	Flexão lateral	0	
	Rotação lateral	0	
Membros Superiores		Lado Direito	Lado Esquerdo
<u>Escapulo-umeral</u>	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0
	Rotação	0	0
<u>Cotovelo</u>	Flexão/Extensão	0	0
<u>Antebraço</u>	Supinação/Pronação	0	0
<u>Punho</u>	Flexão/Extensão	0	0
	Desvio radial/cubital	0	0
	Circundação	0	0
<u>Dedos</u>	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0

	Circundação	0	0
	Oponência do polegar	0	0
Membros Inferiores		Lado Direito	Lado Esquerdo
<u>Coxofemoral</u>	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0
	Rotação	0	0
<u>Joelho</u>	Flexão/Extensão	0	0
<u>Tibiotársica</u>	Flexão plantar/dorsal	0	0
	Inversão/Eversão	0	0
<u>Dedos</u>	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0

Pontuação Escala Modificada de Ashworth	
0	Sem aumento do tônus muscular
1	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea, ou por resistência mínima no final da amplitude do movimento, quando o segmento afetado é movimentado em flexão ou extensão
1+	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de uma resistência mínima, em menos de metade da amplitude do movimento articular restante
2	Marcado aumento do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas o segmento afetado é facilmente mobilizado
3	Considerável aumento do tônus muscular; O movimento passivo é difícil
4	O segmento afetado está rígido em flexão ou extensão

Avaliação das Capacidades Práxicas e Coordenação Motora

A coordenação motora e as capacidades práxicas da D^a MIP foram avaliadas apenas ao nível dos membros superiores. Realizou gestos como a dizer adeus, enumerar os diferentes dedos da mão pela sua extensão alternada, movimento indicador nariz com olhos fechados ou levar copo á boca, embora com tremor acentuado, involuntário, em especial ao nível do membro superior Dto.

Avaliação da Sensibilidade

A D^a MIP não apresenta alteração ao nível da sensibilidade (superficial e profunda), em nenhum dos segmentos corporais.

Avaliação do Equilíbrio

D^a MIP não tem equilíbrio estático, nem dinâmico, quer sentada, quer na posição ortostática.

Avaliação da Marcha

Pela ausência de força muscular e de movimento voluntário ao nível dos membros inferiores apresenta uma incapacidade absoluta para a deambulação.

CATEGORIAS FUNCIONAIS DA MARCHA	
0 - Não realiza marcha; incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo	X
1 - Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas 4 -	
2 - Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, em superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa	
3 - Deambula nas cercanias de casa ou na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita	
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita	
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência	

2.3 Avaliação do risco de queda

ESCALA DE MORSE	
Item	Pontuação
1 – <u>Historial de quedas (neste internamento/ou nos últimos três meses)</u>	
Não	0
Sim	25
2 – <u>Diagnóstico(s) secundário(s)</u>	
Não	0



Sim	15
3 – <u>Ajudar para caminhar</u>	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4 – <u>Terapia Intravenosa</u>	
Não	0
Sim	20
5 – <u>Postura no andar e na transferência</u>	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6 – <u>Estado mental</u>	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
Total	60
Risco	Alto risco

Sem risco de queda	Médio risco de queda	Alto risco de Queda
0 e ≤ 24	≥ 25 e ≤ 50	≥ 51

2.4 Avaliação do risco de úlcera de pressão

ESCALA DE <i>BRADEN</i>		
<u>Percepção sensorial</u>	1. Completamente limitada	
	2. Muito limitada	X
	3. Ligeiramente limitada	
	4. Nenhuma limitação	
<u>Humidade</u>	1. Pele constantemente húmida	
	2 Muito húmida	
	3. Pele ocasionalmente húmida	
	4. Pele raramente húmida	X
<u>Atividade</u>	1. Acamado	X
	2. Sentado	

	3. Anda ocasionalmente	
	4. Anda frequentemente	
<u>Mobilidade</u>	1. Completamente imobilizado	
	2. Muito limitada	X
	3. Ligeiramente limitado	
	4. Nenhuma limitação	
<u>Nutrição</u>	1. Muito pobre	
	2. Provavelmente inadequada	
	3. Adequada	X
	4. Excelente	
<u>Fricção e forças de deslizamento</u>	1. Problema	
	2. Problema potencial	X
	3. Nenhum problema	
Total		14
Risco		Alto Risco

Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
≤ 16	≥ 17

2.5 Avaliação da funcionalidade

A Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), preconizada para avaliação da pessoa adulta, com doença incapacitante, permanente ou temporária, submetida a um plano terapêutico e/ou de reabilitação, foi aplicada para a referenciação precoce para a integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). De modo a responder á solicitação da filha, também por pressão do núcleo familiar mais alargado, esta referenciação foi utilizada para encaminhar o processo para uma eventual vaga no Centro de Medicina de Reabilitação [REDACTED].

Tendo por base a avaliação da funcionalidade, de acordo com a aplicação da TNF, a D^a MIP é incapaz de realizar e participar na generalidade das atividades avaliadas pela referida escala (pontuação obtida de 110 pontos). De acordo esta classificação apresenta um grau de funcionalidade muito reduzido (entre 50%-95% de incapacidade).

Apresento, de seguida, o preenchimento da TNF.

TABELA NACIONAL DE FUNCIONALIDADE NO ADULTO							
Atividades e participação		Desempenho					
		0	1	2	3	4	Total
Mobilidade e autocuidados	d230 Realizar a rotina diária					X	47
	d410 Mudar a posição básica do corpo				X		
	d415 Manter a posição do corpo				X		
	d430 Levantar e transportar objetos					X	
	d450 Andar					X	
	d460 Deslocar-se por diferentes locais					X	
	d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)					X	
	d520 Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)				X		
	d540 Vestir-se					X	
	d620 Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)				X		
	d640 Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc.)					X	
	d660 Ajudar os outros					X	
	d920 Recreação e lazer				X		
Competências gerais	d220 Realizar múltiplas tarefas					X	30
	d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação				X		
	d475 Conduzir (bicicleta, mota, automóvel, animais, etc.)					X	
	d510 Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc.)				X		
	d630 Preparar refeições (cozinhar, etc.)					X	
	d825 Formação profissional					X	
	d845 Obter, manter e sair do emprego					X	
	d850 Emprego remunerado					X	
Competências	d166 Ler	X					
	d175 Resolver problemas				X		
	d330 Falar	X					

	d345 Escrever Mensagens				X		17
	d530 Cuidados relacionados com o processo de excreção		X				
	d550 Comer + d560 Beber - alimentar-se			X			
	d570 Cuidar da saúde					X	
	d860 Transações económicas básicas					X	
<u>Sociabilidade</u>	d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas	X					8
	d350 Conversação	X					
	d710 Interações interpessoais básicas	X					
	d760 Relações familiares	X					
	d770 Relacionamentos íntimos					X	
	d910 Vida em comunidade					X	
<u>Manipulação e manuseio</u>	d440 Motricidade fina			X			8
	d445 Utilização da mão e do braço			X			
	d465 Deslocar-se utilizando equipamentos					X	
Total							110
Classificação funcionalidade		Funcionalidade muito reduzida (50%-95%)					

Quantificador de desempenho				
<u>Sem dificuldade</u>	<u>A maioria das vezes</u>	<u>Com alguma dificuldade</u>	<u>Com muita dificuldade</u>	<u>É incapaz</u>
0	1	2	3	4
0%-4%	5%-24%	25%-49%	50%-95%	96%-100%

Intervalo de valores obtido	Classificação semântica	Classe de qualificação
0-6	Funcionalidade total	0%-4%
7-36	Funcionalidade média	5%-24%
37-74	Funcionalidade reduzida	25%-49%
75-144	Funcionalidade muito reduzida	50%-95%
145-152	Funcionalidade ausente	96%-100%

2.6 Avaliação do grau de dependência

Para a avaliação do grau de dependência na realização dos autocuidados foi aplicada a escala de Barthel.

ÍNDICE DE BARTHEL		
<u>Alimentação</u>	10) Independente	
	5) Precisa de alguma ajuda (ex. cortar alimentos)	
	0) Dependente	X
<u>Transferências</u>	15) Independente	
	10) Precisa de alguma ajuda	
	5) Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	
	0) Dependente, não tem equilíbrio sentado	X
<u>Toalete</u>	5) Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	
	0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X
<u>Utilização do WC</u>	10) Independente	
	5) Precisa de alguma ajuda	
	0) Dependente	X
<u>Banho</u>	5) Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	
	0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X
<u>Mobilidade</u>	15) Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	
	10) Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	
	5) Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	
	0) Imóvel	X
<u>Subir e descer escadas</u>	10) Independente, com ou sem ajudas técnicas	
	5) Precisa de ajuda	
	0) Dependente	X
<u>Vestir</u>	10) Independente	
	5) Com ajuda	X
	0) Impossível	
<u>Controlo intestinal</u>	10) Controla perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	X
	5) Acidente ocasional	
	0) Incontinente ou precisa do uso de clisteres	

<u>Controlo vesical</u>	10) Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho				X
	5) Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)				
	0) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manusear a algália sozinho				
Total					25
Grau de dependência				Dependência grave	
Totalmente dependente	Dependência grave	Dependência moderada	Dependência ligeira	Independente	
0	<55	55-90	>90	100	

Adotando o Modelo conceptual de Dorothea Orem e a teoria do Autocuidado, e assumindo que a pneumonia e a miopatia dos cuidados intensivos são responsáveis pelas incapacidades e limitações atuais da D^a MIP, procedo á avaliação do impacto no autocuidado e grau de intervenção do EEER. Tendo por base os diagnósticos levantados, enunciados segundo o Padrão Documental da Ordem dos Enfermeiros, descrevo as atividades que compõem o plano de cuidados elaborado para esta doente e sua avaliação.

3. AVALIAÇÃO DO IMPATO NO AUTOCUIDADO (REQUISITOS SEGUNDO A TEORIA DA DOROTHEA OREM)

Requisitos Universais	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado	Défice Autocuidado /Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	<u>Componente cardíaca:</u> - Perfil normotenso (com realização de terapêutica anti hipertensora - Metoprolol) <u>Componente respiratória:</u> - Sem necessidade de aporte de O2.	- Perfil normotenso, sem necessidade de terapêutica. Normocárdica, pulso regular, forte e cheio - Padrão respiratório predominantemente torácico, simétrico e regular, pequena amplitude. SpO2 98%, com O2 a 2l/m, Cânula de Traqueostomia ocluída; - Á auscultação, murmúrio vesicular diminuído nas bases com fervores crepitantes 2/3 inferiores bilateralmente. - Tosse eficaz com expetoração mucosa	Défice no autocuidado Sistema parcialmente compensatório
Manutenção de padrão de eliminação adequado	Continência vesical e intestinal sem padrão de eliminação.	Sem alterações do padrão habitual, apresenta dejeções diárias durante os cuidados de higiene no leito. Faz uso de arrastadeira necessitando de ajuda na sua colocação.	Défice no autocuidado Sistema parcialmente compensatório

Requisitos Universais	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado	Défi ce Autocuidado /Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente água e alimentos	Sem alterações na ingestão de alimentos ou de água Dieta hipolipídica Autónoma na compra dos alimentos e confeção das refeições da família	Disfagia para líquidos; Alimentação e hidratação por SNG	Défi ce no autocuidado Sistema Totalmente compensatório
Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	Sem alterações do sono Autónoma nos cuidados de higiene e ida ao WC. Com dor no joelho esquerdo durante a marcha, em estudo antes do internamento.	Com alterações do equilíbrio estático e dinâmico; Mobilidade articular e amplitude articular sem alterações; Diminuição da força muscular (praticamente ausente nos M. Inferiores); Dependente nos cuidados de higiene. Incapaz de deambular, realizar levante e transferências; Ausência de dor.	Défi ce no autocuidado Sistema Totalmente compensatório

Desvios da saúde	Padrão atual de Autocuidado	Défice Autocuidado /Sistema Enfermagem
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	Internada com diagnóstico de Pneumonia por SARS_COV_2, esteve ventilada mecanicamente mais de dois meses e o quadro de imobilidade contribuiu para a atual fraqueza muscular generalizada (miopatia dos cuidados intensivos) Sem alterações cognitivas, de orientação, atenção, memória e concentração; Compreende as dificuldades atuais como inerentes ao seu estado patológico.	Sem défice no autocuidado
Realizar as prescrições terapêuticas e de reabilitação	Colabora na sessão de reabilitação; Interioriza e executa técnicas de reeducação funcional respiratória, por vezes com necessidade de ser lembrada; Cumprir os exercícios propostos e repete-os ao longo do dia de acordo com o planeamento efetuado em conjunto; Solicita esclarecimentos sobre técnicas ou exercícios sempre que tem dúvidas.	Défice no autocuidado Sistema de ensino e educação

4. PLANO DE CUIDADOS (segundo Padrão Documental, OE (2015))

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Avaliação
Ventilação comprometida Objetivo: Otimizar a ventilação	Observar radiografia do tórax / TAC tórax - Realizar auscultação (antes e depois da sessão de RFR) - Instruir sobre controlo e dissociação respiratória (CR) e respiração diafragmática (RD); - Executar controlo e dissociação de tempos respiratórios; - Executar reeducação diafragmática da porção posterior, progredindo para com resistência em decúbito dorsal; - Executar reeducação hemicupulas direita e esquerda com posterior recurso a espirómetro de incentivo em decúbito lateral esquerdo - Instruir sobre reeducação costal global com bastão, costal seletiva (lateral com abertura costal e antero-lateral superior e média) com e sem resistência. - Executar reeducação costal global com bastão; - Executar reeducação costal seletiva (lateral com abertura costal).	9/12 Realiza corretamente CR, RD. Inicia todas as atividades que consomem energia com este controlo ventilatório. Apresenta alguma dificuldade na reeducação costal seletiva devido tremor e fadiga muscular dos membros superiores com necessidade de fazer pausas e reduzir o número de repetições. O2 reduzido para 1l/m VI: 500ml 17/12 Realiza reeducação diafragmática da porção posterior com resistência (saco de soro 1000c) progredindo no número de repetições e no número de séries realizadas com boa tolerância. VI: 750ml

	- Promover a expansão pulmonar e treinar a musculatura inspiratória com espirômetro de incentivo; - Monitorizar volume inspiratório (VI); - Realizar exercícios de correção postural com recurso a espelho. - Realizar exercícios de mobilização das articulações da cintura escapular e coluna. - Executar treino de exercício geral como a marcha - Executar treino de atividades autocuidado	8/01 Realiza treino da musculatura inspiratória com espirômetro de incentivo, nos diferentes decúbitos incluindo o decúbito ventral e com plano da cama ligeiramente invertido (30°) Mantém necessidade de O2 a 1 l/m (R) e 2l/m (E) Murmúrio vesicular mantido, fôvres crepitantes apenas na base Dta VI 1000 ml
Movimento muscular Diminuído Objetivo: melhorar a força muscular a nível dos membros superiores e inferiores	- Avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala Medical Research Council. - Avaliação do tônus muscular recorrendo à Escala Modificada de Ashworth. - Realizar mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas resistidas: ✓ Dedos da mão (flexão/extensão; adução/abdução; oponência);	9/12 Realiza mobilizações ativas dos membros superiores ativas assistidas a nível dos membros inferiores, repetidas apenas 5 vezes por cansaço. Alimenta-se de forma autónoma, com discreto tremor da mão Dta 17/12 Avaliada força muscular: a nível dos membros superiores (5/5); a nível dos membros inferiores apresenta

(Cont.) Movimento muscular Diminuído Objetivo: melhorar a força muscular a nível dos membros superiores e inferiores	✓ Punho (flexão/extensão; Desvio radial/desvio cubital; circundução; ✓ Antebraço (pronação/supinação); ✓ Cotovelo (flexão/extensão); ✓ Escapulo-umeral (elevação/depressão; adução/abdução; rotação interna/externa); ✓ Dedos dos pés (flexão/extensão; adução/abdução); ✓ Tibiotársica (dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão); ✓ Joelho (flexão/extensão); ✓ Coxofemoral (flexão/extensão; adução/abdução; rotação interna/externa). - Realização de atividades terapêuticas (ponte e rotação controlada da anca) - Treino sobre técnica de levantar do leito, fazendo carga no cotovelo e da “posição sentada para de pé”, com recurso ao andarilho. - Introdução de pedaleira; - Treino de AVD (higiene, uso do sanitário) - Treino de marcha	uma força de 4/5; Executa de forma correta os exercícios e com tolerância. Consegue sentar-se na cama fazendo carga no cotovelo apenas com supervisão. Faz pedaleira por períodos de 3 minutos 8/01 – Força muscular dos M. Inferiores (5/5); Realiza exercício “posição sentada para de pé” com andarilho, apoio unilateral e dá passos. Faz pedaleira com resistência executada por períodos de 10’ com boa tolerância. Executa grande parte da sua higiene pessoal no leito e, em frente ao espelho, cuida da sua imagem. Penteia o cabelo, aplica creme facial e corporal, higieniza as próteses dentárias, cortar as unhas. Faz rolamentos no leito e esboça exercício da ponte suficiente para a colocação da arrastadeira no leito.
---	---	--

Equilíbrio corporal Comprometido Objetivo: melhorar o equilíbrio estático e dinâmico	- Avaliar equilíbrio estático e dinâmico - Executar treino de equilíbrio estático, procedendo a correção postural: ✓ Permanecer posição sentado na cama, aumentando tempo; ✓ Permanecer posição sentado na beira da cama, aumentando tempo; ✓ Permanecer em posição ortostática com apoio de andarilho, aumentando tempo. - Executar treino de equilíbrio dinâmico com o Sr. A.M.: ✓ Sentado na beira da cama, pedir para seguir instruções – levantar membro superior para a esquerda/direita, frente/cima; ✓ Permanecer sentado na beira da cama e inclinar o tronco; ✓ Executar exercício “sentado para de pé” com apoio de andarilho permanecendo posteriormente de pé (olhar em frente, fixar um ponto).	9/12 Sem equilíbrio estático ou dinâmico, tolera posição de fowler e mantém posicionamento sem necessidade de suporte lateral. 17/12 Consegue sentar-se na cama fazendo carga no cotovelo apenas com supervisão. Iniciou terapia ocupacional pedida pela Medicina física e reabilitação 19/12 Fez levantar para o cadeirão com apoio de 2 pessoas mas consegue permanecer sentada no cadeirão por períodos de 2h realizando correções posturais de forma autónoma. 8/01 Assume a posição ereta com apoio no andarilho e dá alguns passos com apoio unilateral.
---	---	--

Referências bibliográficas

Orem, E. D. (2001). Nursing: concepts of practice. (Sixth Ed.). St. Louis: Mosby.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 31/05/2017. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Apêndice 5 – Estudo de Caso 2

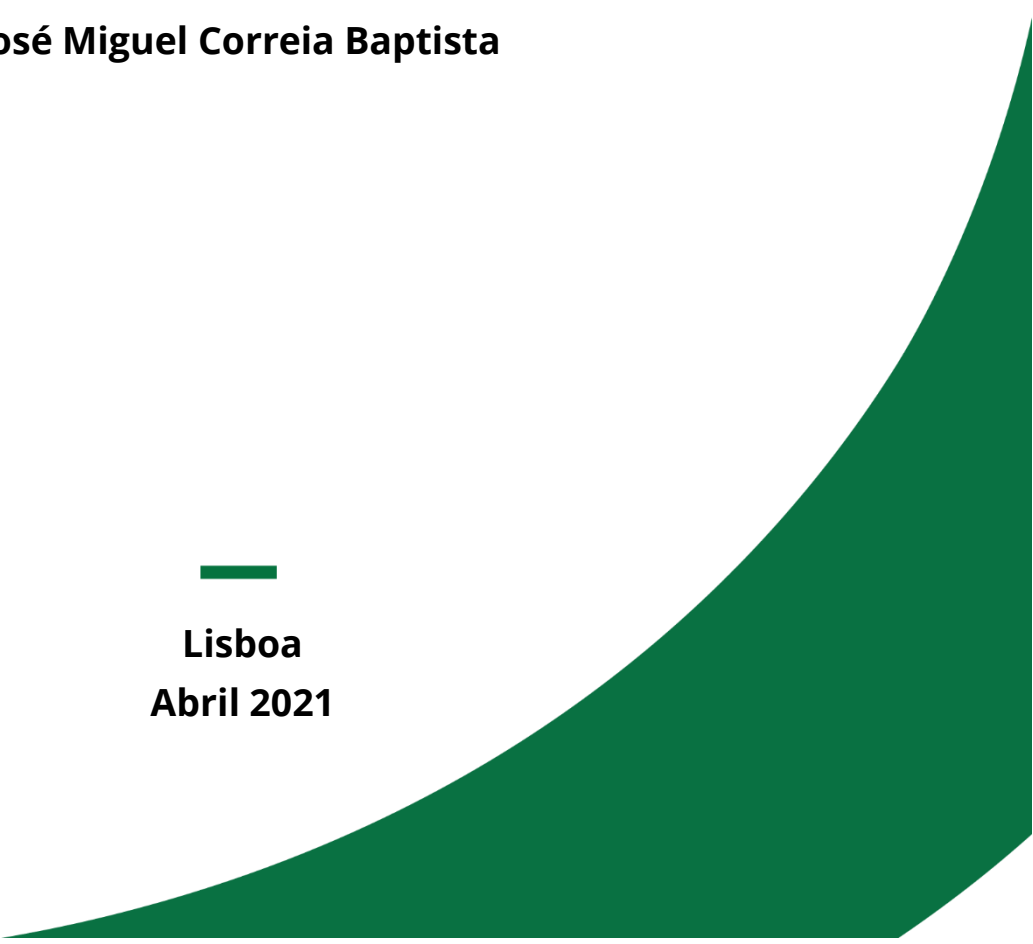
Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com pneumonia em contexto de Hospitalização Domiciliária

José Miguel Correia Baptista

**Lisboa
Abril 2021**

A large, solid green decorative shape that starts as a thin line at the bottom left and curves upwards and to the right, filling the bottom right corner of the page.

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

Estudo de caso

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com pneumonia em contexto de Hospitalização Domiciliária

José Miguel Correia Baptista



Professor Orientador: Ezequiel Pessoa
Enfermeiras Orientador: Fernando [REDACTED]



**Lisboa
Abril 2021**

1. COLHEITA DE DADOS

1.1 Identificação (Informação retirada do Processo Clínico)

Data de entrada: 12.04.2021

Nome: M.F

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 12.03.1996

Idade: 25 anos

Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Lisboa

Estado civil: Casada, mãe de 2 filhos, 2 e 4 anos de idade

Residência: Vive com marido e os dois filhos no Concelho Almada;

Escolaridade: 12º ano do liceu

Profissão/Situação profissional: Trabalhadora por conta de outrem, assistente operacional em Instituição residencial para idosos

1.2 Motivo (Informação retirada do Processo Clínico)

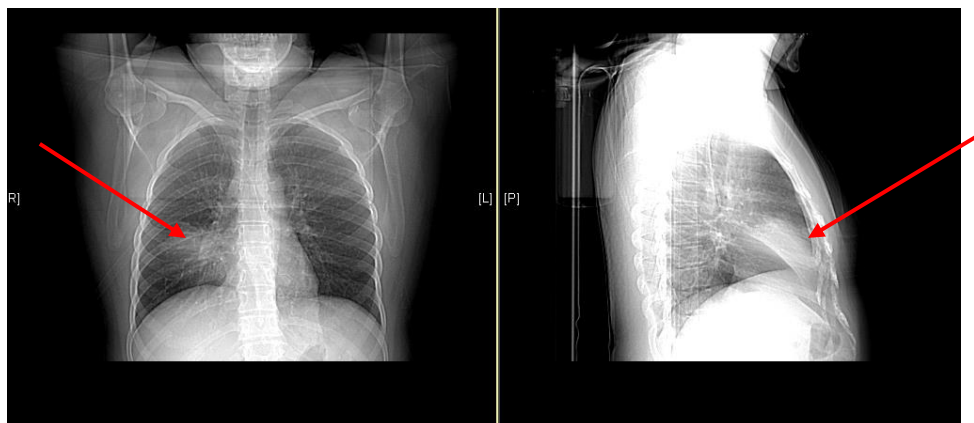
Recorreu ao SU do [REDACTED] a 04 de abril 2021 por dor torácica no hemitórax direito com 4 dias de evolução com dor à palpação associada a febre, sem tosse, tendo realizado Radiografia do tórax com Hipotransparência à direita. Teve alta medicada com Amoxicilina + ácido clavulânico e foi orientada para CE de pneumologia. Volta novamente ao SU do [REDACTED] a 17 de abril de 2021 por dor torácica à direita com duas semanas de evolução associada a tosse com expectoração esverdeada e febre, sem dispneia. Refere ainda perda ponderal de aproximadamente 4kg e anorexia no último mês.

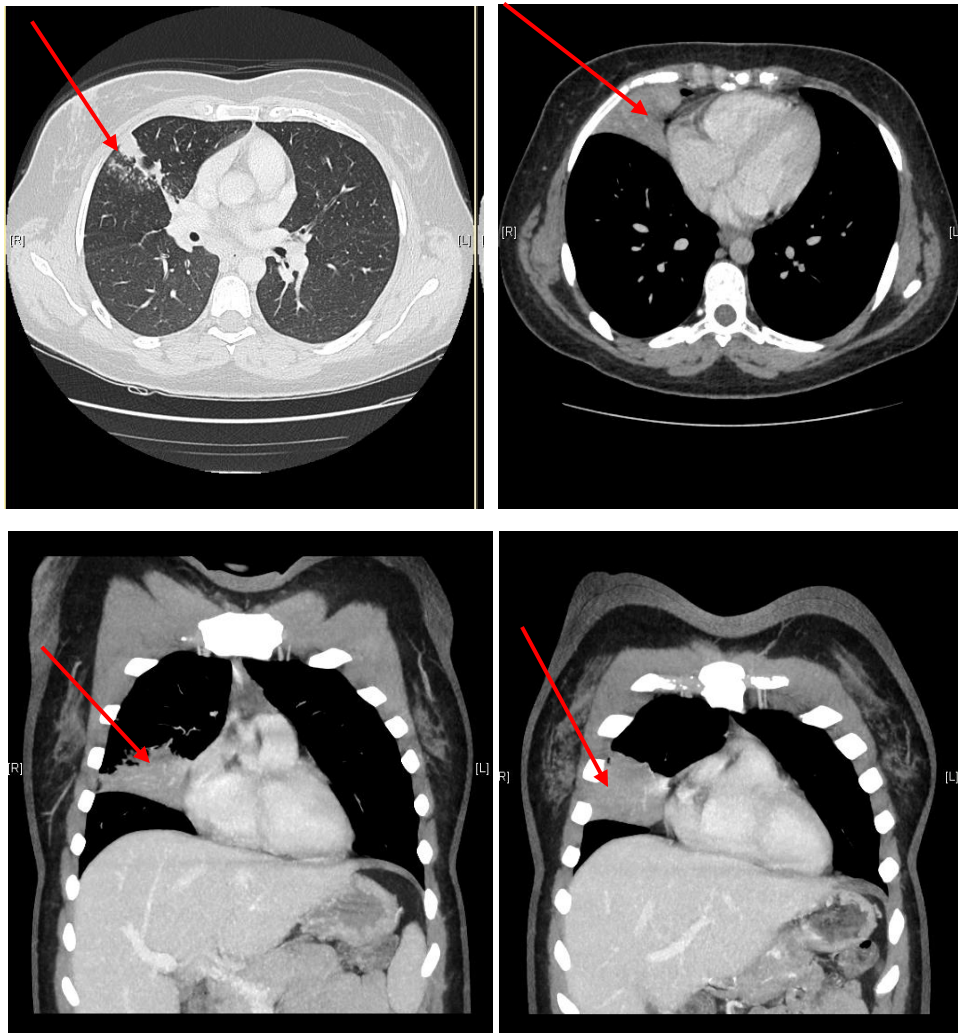
1.3 História de saúde atual (Informação retirada do Processo Clínico e junto da doente)

À entrada no SU encontrava-se apirética, eupneica, com saturações periféricas de 98% em ar ambiente. Hemodinamicamente estável (TA-128/62 mmHg). Na auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular mantido, mas bilateralmente diminuído nas bases, com roncos de transmissão.

MCDT's realizados à admissão salienta-se:

- Estudo analítico: Hemoglobina 122 g/L; Hematócrito 0.364 * L/L; V.G.M. 77.0 fL; H.G.M. 25.9 * pg; C.C.H.M. 336 g/L; RDW 13.8 %; Plaquetas 310 000; V.M.P. 7.5 fL; Leucócitos 8.600; Neutrófilos 69.7 % (5.990), Linfócitos 19.9 % (1.710). Glucose 100 mg/dL; Ureia 14 * mg/dL; Creatinina 0.6 mg/dL; Sódio 137 mmol/L; Potássio 4.2 mmol/L; CK 83 UI/L; PCR 7.53 * mg/dL;
- Gasimetria: pH 7.442; pO₂-76.9; PCo₂-48.2; SO₂-97.7; CHCO₃-24.9; lactato-<1.0;
- Rx torax com condensação à direita;
- TC de Torax: "Documenta-se oclusão do brônquio lobar médio com condensação atelectásica sem broncograma aéreo a montante, esta condensação nodular limitada inferiormente pela pequena cissura. Coexiste pequena quantidade de derrame pleural associado. Existem adenopatias mediastínicas, a maior na loca de Baretí com 20 x 11 mm, já patológica por critérios de volume. Globalmente os aspetos tornam-se suspeitos, justificando-se caracterização com broncofibroscopia dirigida. No parênquima pulmonar há 3 micronódulos subpleurais esquerdos com 5 mm também dois micronódulos subpleurais no lobo superior direito. Está mantida a permeabilidade do restante parênquima pulmonar sem outras alterações. Há pequena quantidade de derrame pleural bilateral. Não se visualizam nódulos expansivos nas glândulas supra-renais. Não há alterações nos cortes do abdómen superior valorizáveis. Não se documentam lesões líticas ou blásticas nos segmentos ósseos interessados."





Internada na Medicina III a 17 de abril de 2021 para estudo de condensação atelectiásica à direita. Iniciou, no contexto de Pneumonia com atelectasia e derrame pleural, antibioterapia com Ceftriaxone e colheu hemoculturas. Realizou broncofibroscopia a 20/04 que identificou estase de secreções purulentas que foram aspiradas. Neste exame visualizou-se: "Vias aéreas superiores, cordas vocais e restante laringe sem alterações e com mobilidade mantida. Traqueia e carina normais, esta cortante e móvel. Estase de secreções purulentas na traqueia que se aspiram. ABD: hipertrofia glandular, esporão alargado e mucosa edemaciada, particularmente no lobo médio que apresenta secreções purulentas, mais abundantes, particularmente no segmento externo que se aspiram após lavagem com soro e administração de acetilcisteína. ABE: BPE e carina secundária sem alterações, cortante e móvel. Divisão superior do LSE, língula e basais com mucosa hiperemiada,

esporões móveis e cortantes e orifícios segmentares e subsequentes permeáveis. Ausência de secreções."

Com evolução favorável foi proposta para Hospitalização Domiciliária no dia 21.04.2021 e nesse sentido recebeu a visita da equipa de avaliação da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) que confirmou reunir todos os critérios para admissão. Mantinha a toracalgia pleurítica precordial com irradiação dorsal que aliviava com terapêutica, sem dispneia ou necessidade de aporte suplementar de oxigénio. Regressou a casa no final desse dia e, na manhã seguinte, recebeu a primeira visita domiciliária por parte da equipa constituída por Médico/Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e por mim, Aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

1.4 História de saúde pregressa (Informação retirada do Processo Clínico)

A Sra. MF tem como antecedentes pessoais:

Infeção SARS COV 2 em Dez 2020 (D1 doença: 01/04/21 (tosse, febre (máx. 38.4°C) e mialgias); teste realizado a 14-12-2020 positivo)

Realizou Vacina Anti-Covid19 da Pfizer

- 1ª inoculação a 21-01-2021

- 2ª inoculação a 17-02-2021

Excesso ponderal – 88Kg

Fumadora (3 - 4 cigarros / dia desde os 12 anos)

Estrabismo - Operada a estrabismo em criança (maio 2004)

1.5 Regime terapêutico (Informação retirada do Processo Clínico)

Habitualmente faz apenas um anticoncepcional oral.

Regime dietético: Dieta geral

1.6 Agregado familiar/pessoas significativas e interação familiar/social

A família nuclear da D^a. MF. é constituída pela própria, o marido, trabalhador da construção civil e dois filhos, 2 e 4 anos. Neste momento a sogra acompanha e apoia a D^a. MF durante o dia, período em que o marido se encontra ausente, quer no acompanhamento dos filhos, quer na realização das tarefas domésticas.

1.7 Condições ambientais e habitacionais (Informação obtida junto da doente)

A D^a. MF reside no concelho de Almada, na localidade de [REDACTED]. Habita num apartamento alugado, com boas condições de habitabilidade, situado no R/C, com 2 assoalhadas com boa exposição solar. Foi remodelado há cerca de 5 anos para acolher os dois filhos. É constituído por 3 quartos, duas casas de banho, uma cozinha com dispensa e uma sala onde fomos recebidos e onde interagimos com a utente.

2. APRECIACÃO DA PESSOA (D^a MF)

2.1 Exame Físico e Estado Geral (22.04.2021)

A D^a MF é uma pessoa do sexo feminino, de 25 anos, caucasiana e católica. Trabalha com idosos em instituição residencial da Santa Casa da Misericórdia onde, em dezembro passado, existiu um surto de COVID com 20 óbitos de entre os residentes. Nessa altura também esteve doente, infetada com SARS_CoV-2, isolada no domicílio, tendo recuperado sem necessidade de recorrer a mais ajuda. Vígil e orientada em todas as vertentes, parece pouco preocupada com a sua situação embora permaneça atenta á informação que fomos transmitindo na primeira avaliação. Aparentemente calma e sorridente, refere que o regresso a casa foi fundamental na redução dos níveis de stress pois está acompanhada pela família. No internamento teve necessidade de iniciar ansiolítico (Lorazepan, 1mg) que ainda se encontra a fazer.

Hemodinamicamente estável (TA: 118/62 mmHg; FC: 72 bpm, pulso rítmico e cheio; FR: 20 ciclos/min; Saturação 98% em ar ambiente, Dor: 4 (escala numérica), referindo toracalgia retrosternal com irradiação ântero-posterior que se agrava com a tosse e com a inspiração profunda. Padrão respiratório predominantemente torácico,

simétrico, superficial, sem utilização da musculatura acessória. À auscultação, apresenta murmúrio vesicular diminuído à direita, ausente nessa base. Tem esporádicos acessos de tosse, não produtiva, interrompidos pela dor intensa que apresenta. Dispneia caracterizada pela visualização da escala de Borg Modificada – Intensidade 0 em repouso (R), 4 em esforço (E); Tônus Muscular dos Segmentos Corporais – Sem sinais de hipertonia ou hipotonia, à realização de mobilização passiva, segundo Escala Modificada de Ashworth. Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais segundo a *Escala Medical Research Council (MRC)*: sem alterações. Equilíbrio estático e dinâmico sentado ou em pé sem alterações. Marcha sem alterações. Apresenta médio risco de queda (score 35), segundo a Escala de Morse (anexo I); Continente vesical e intestinal. Apresenta baixo risco de desenvolver úlcera por pressão – score 22 na escala de Braden (anexo II) e encontra-se independente (score 100) segundo a Escala de Barthel (anexo III). A Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), preconizada para avaliação da pessoa adulta com doença incapacitante, permanente ou temporária, submetida a um plano terapêutico e/ou de reabilitação, foi aplicada tendo sido obtido uma classificação de 24 pontos a que corresponde uma funcionalidade média (anexo IV).

Adotando o Modelo conceptual de Dorothea Orem e a teoria do Autocuidado, e assumindo que a pneumonia com atelectasia e derrame pleural são responsáveis pelas limitações atuais da D^a MF, procedo à avaliação do impacto no autocuidado e grau de intervenção do EEER. Tendo por base os diagnósticos levantados, enunciados segundo o Padrão Documental da Ordem dos Enfermeiros, descrevo as atividades que compõem o plano de cuidados elaborado para esta doente e sua avaliação.

3. AVALIAÇÃO DO IMPATO NO AUTOCUIDADO (REQUISITOS SEGUNDO A TEORIA DA DOROTHEA OREM)

Requisitos Universais	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado	Défice Autocuidado /Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	<u>Componente cardíaca:</u> - Perfil normotenso <u>Componente respiratória:</u> - Sem necessidade de aporte de O2.	- Perfil normotenso, sem necessidade de terapêutica. Normocárdica, pulso regular, forte e cheio - Padrão respiratório predominantemente torácico, simétrico e regular, pequena amplitude. SpO2 97%, em ar ambiente - Á auscultação, murmúrio vesicular diminuído no hemitórax Dto, abolido nas bases. - Tosse ineficaz com expetoração esverdeada escassa	Défice no autocuidado Sistema parcialmente compensatório
Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	Sem alterações do sono Autónoma nos cuidados de higiene e ida ao WC.	Dificuldade em adormecer. Dor presente: toracalgia retrosternal com irradiação ântero-posterior, que se agrava com a inspiração profunda e com a tosse.	Défice no autocuidado Sistema parcialmente compensatório

Desvios da saúde	Padrão atual de Autocuidado	Défice Autocuidado /Sistema Enfermagem
Realizar as prescrições terapêuticas e de reabilitação	Colabora na sessão de reabilitação; Interioriza e executa técnicas de reeducação funcional respiratória, por vezes com necessidade de ser lembrada; Cumpre os exercícios propostos e repete-os ao longo do dia de acordo com o planeamento efetuado em conjunto; Solicita esclarecimentos sobre técnicas ou exercícios sempre que tem dúvidas.	Défice no autocuidado Sistema de ensino e educação

4. PLANO DE CUIDADOS (segundo Padrão Documental, OE (2015))

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Avaliação
Ventilação comprometida Objetivo: Otimizar a ventilação	Observar radiografia do tórax / TAC tórax - Realizar auscultação (antes e depois da sessão de Reeducação Funcional Respiratória (RFR)); - Instruir sobre o controlo e dissociação respiratória (CR) e respiração diafragmática (RD); - Executar controlo e dissociação de tempos respiratórios; - Executar reeducação diafragmática da porção posterior, progredindo para com resistência em decúbito dorsal; - Executar reeducação hemicupulas direita e esquerda com posterior recurso a espirómetro de incentivo em decúbito lateral esquerdo - Instruir sobre reeducação costal global com bastão, costal seletiva (lateral com abertura costal e antero-lateral superior e média) com e sem resistência. - Executar reeducação costal global com bastão; - Executar reeducação costal seletiva (lateral com abertura costal).	22.04 - Após ensino e treino realiza corretamente CR, RD. Apresenta alguma dificuldade na inspiração profunda devido ao agravamento da toracalgia, tendo sido otimizada a terapêutica analgésica com metamizol alternado com tramadol. Refere sensação de dispneia pouco intensa, score 4 na escala de Borg modificada. 24.04 - executa RFR de forma correta, 4 vezes ao longo do dia, tendo aumentado o número de repetições e no número de séries com boa tolerância. Auscultação: melhoria do murmúrio vesicular á direita ainda diminuído nessa base. Roncos e crepitações dispersos no campo pulmonar inferior Direito. Saturações periféricas de 99% em ar ambiente. Não foi possível

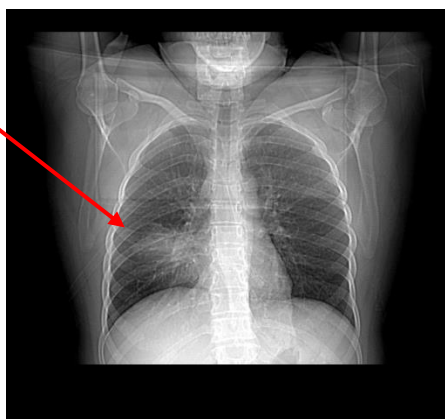
	- Promover a expansão pulmonar e treinar a musculatura inspiratória com espirômetro de incentivo; - Monitorizar volume inspiratório (VI); - Realizar exercícios de correção postural com recurso a espelho. - Realizar exercícios de mobilização das articulações da cintura escapular e coluna. - Executar treino de exercício geral como a marcha - Executar treino de atividades autocuidado	fornecer inspirómetro de incentivo e a utente refere não poder adquirir. Não foi possível monitorizar o volume inspiratório. 26.04 - Executa reeducação costal global com bastão e introduz-se resistência 1Kg que tolera sem dessaturação nem aumento de cansaço (score 2 – leve na escala Borg modificada). Realiza todos os autocuidados sem necessidade de pausas ou agravamento da dispneia. Murmúrio vesicular mantido, fervores crepitantes apenas na base direita. Com a dor controlada passa a terapêutica analgésica para SOS. 28.04 – Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Ausência de ruídos adventícios. Retomou toda a atividade doméstica tendo dispensado a ajuda da sogra. 28.04 - Realiza TAC de controlo que revela significativa melhoria com
--	--	--

		repermeabilização do lobo médio, porção anterior, resolução parcial da atelectasia e ausência de derrame pleural. 30.04 – tem alta com consulta de pneumologia programada para dentro de 15 dias. Tem indicação para manter o plano de reabilitação que executa de forma sistematizada. Poderá regressar á sua atividade profissional depois de reavaliada nessa consulta.
Expertorar ineficaz em grau moderado Objetivo: Expertorar de forma eficaz	- Avaliar reflexo da tosse; - Estimular reflexo da tosse; - Instruir e treinar sobre técnica da tosse; - Assistir a tossir; - Executar cinesioterapia respiratória: • Técnica de percussão; • Técnica de vibrocompressão; - Incentivar, negociar e planejar ingestão de líquidos; - vigiar o expertorar;	22.04 – Apresenta acessos de tosse seca, esporádicos, ineficaz, que interrompe pelo agravamento da toracalgia (dor intensidade 6 na escala numérica); Reforço ensino e assisto na técnica da tosse. Otimiza-se a terapêutica analgésica. 24.04 – Tosse ainda ineficaz, expertoração escassa, esverdeada. Dor mais controlada, sem necessidade de SOS para além do prescrito em esquema (intensidade 2 na

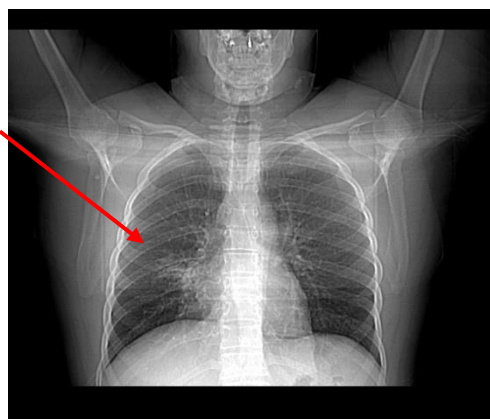
	- Providenciar ou prescrever dispositivo auxiliar para expetorar (Flutter)	escala numérica. Introduce-se o ciclo ativo de técnicas respiratórias e ensino da técnica de huff que se revela mais eficaz. À terapêutica analgésica e antibiótica é adicionada a Acetilcisteína. Ingerir 2000ml de água ao longo do dia. 26.04 – Tosse eficaz, elimina expectoração acastanhada em grande quantidade após acordar, esbranquiçada ao longo do dia, de forma mais facilitada com a técnica de huff. Não foi possível fornecer o flutter e a utente refere não poder adquirir. Suspende a terapêutica ansiolítica pois refere já dormir bem pela ausência de dor e pela diminuição dos acessos de tosse. 28.04 - Termina hoje a administração de antibioterapia. Apresenta expectoração mucosa, fluida que elimina sem dificuldade.
--	---	--

CONCLUSÃO

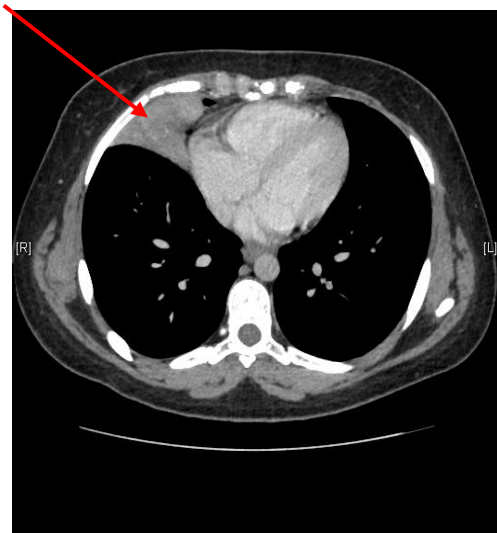
A intervenção do EEER junto da Sra. MF centrou-se na otimização da ventilação, no ensino da tosse e no controlo sintomático. A ventilação eficaz foi conseguida através da Reeducação Funcional Respiratória, com melhoria da dispneia, aumento a tolerância ao esforço e promoção do autocuidado. Seria importante a introdução do inspirómetro de incentivo para fortalecer a musculatura inspiratória e caracterizar a evolução do volume máximo de ar inspirado, mas tal não foi possível. A tosse, inicialmente ineficaz pela dor e pelo desconhecimento da técnica, foi central para a resolução da atelectasia. A técnica de Huff aliada ao Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR) foi rapidamente interiorizado e permitiu a eliminação de expectoração purulenta no início, de características mucosas nos dias seguintes. Salienta-se os benefícios que se poderiam obter com a introdução do Flutter mas, mais uma vez, nem a instituição nem a utente puderam adquirir. O trabalho em equipa desenvolvido nas visitas mistas (Enfermeiro/médico) possibilitou ajustes na medicação analgésica e mucolítica e contribuíram para a evolução favorável do quadro desta utente. O controlo da dor, dispneia, ansiedade, e a promoção dos autocuidados permitiram uma maior autonomia objetivada pela redução e suspensão da terapêutica analgésica e ansiolítica e pela dispensa do cuidador ao longo do processo de recuperação. Por último a evolução radiológica observada na TAC de 28.04, uma semana após o início do programa de reabilitação: “Maior permeabilização dos brônquios lobar médio e segmentares externo e interno com melhoria da consolidação do lobo médio, mantendo-se, ainda assim, alguma consolidação com broncograma aéreo predominantemente no seu segmento interno, aspetos que traduzem pneumonia/atelectasia em resolução”.



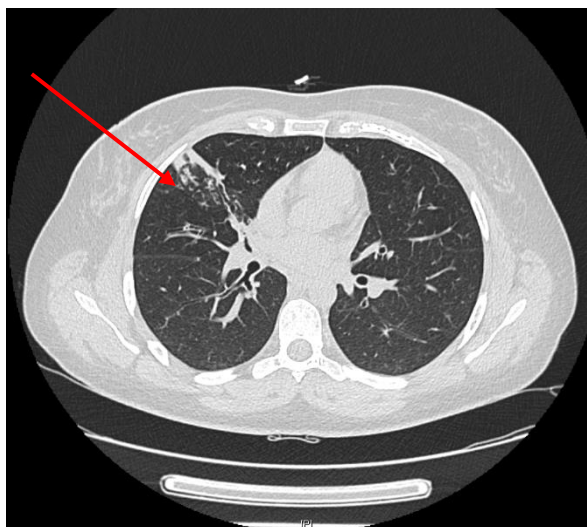
17.04.2021



28.04.2021



17.04.2021



28.04.2021

Referências bibliográficas

Orem, E. D. (2001). Nursing: concepts of practice. (Sixth Ed.). St. Louis: Mosby.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Acedido a: 31/05/2017. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Anexos:

Anexo I – escala de Morse

ESCALA DE MORSE	
Item	Pontuação
1 – <u>Historial de quedas (neste internamento/ou nos últimos três meses)</u>	
Não	0
Sim	25
2 – <u>Diagnóstico(s) secundário(s)</u>	
Não	0
Sim	15
3 – <u>Ajudar para caminhar</u>	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andador	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4 – <u>Terapia Intravenosa</u>	
Não	0
Sim	20
5 – <u>Postura no andar e na transferência</u>	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6 – <u>Estado mental</u>	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
Total	35
Risco	Médio risco

Sem risco de queda	Médio risco de queda	Alto risco de Queda
0 e ≤ 24	≥ 25 e ≤ 50	≥ 51

Anexo II – escala de Braden

ESCALA DE <i>BRADEN</i>		
<u>Percepção sensorial</u>	1. Completamente limitada	
	2. Muito limitada	
	3. Ligeiramente limitada	
	4. Nenhuma limitação	x
<u>Humidade</u>	1. Pele constantemente húmida	
	2 Muito húmida	
	3. Pele ocasionalmente húmida	
	4. Pele raramente húmida	X
<u>Atividade</u>	1. Acamado	
	2. Sentado	
	3. Anda ocasionalmente	
	4. Anda frequentemente	x
<u>Mobilidade</u>	1. Completamente imobilizado	
	2. Muito limitada	
	3. Ligeiramente limitado	
	4. Nenhuma limitação	x
<u>Nutrição</u>	1. Muito pobre	
	2. Provavelmente inadequada	
	3. Adequada	X
	4. Excelente	
<u>Fricção e forças de deslizamento</u>	1. Problema	
	2. Problema potencial	
	3. Nenhum problema	x
Total		22
Risco		Baixo Risco

Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
≤ 16	≥ 17

Anexo III – índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL		
<u>Alimentação</u>	10) Independente	X
	5) Precisa de alguma ajuda (ex. cortar alimentos)	
	1) Dependente	
<u>Transferências</u>	15) Independente	X
	10) Precisa de alguma ajuda	
	5) Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	
	0) Dependente, não tem equilíbrio sentado	
<u>Toalete</u>	5) Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	
	0) Dependente, necessita de alguma ajuda	
<u>Utilização do WC</u>	10) Independente	X
	5) Precisa de alguma ajuda	
	0) Dependente	
<u>Banho</u>	5) Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	X
	0) Dependente, necessita de alguma ajuda	
<u>Mobilidade</u>	15) Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	X
	10) Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	
	5) Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	
	0) Imóvel	
<u>Subir e descer escadas</u>	10) Independente, com ou sem ajudas técnicas	X
	5) Precisa de ajuda	
	0) Dependente	
<u>Vestir</u>	10) Independente	X
	5) Com ajuda	
	0) Impossível	
<u>Controlo intestinal</u>	10) Controla perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	X
	5) Acidente ocasional	
	0) Incontinente ou precisa do uso de clisteres	

<u>Controlo vesical</u>	10) Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho	X
	5) Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	
	0) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manusear a algália sozinho	
Total		100
Grau de dependência		Independente

Totalmente dependente	Dependência grave	Dependência moderada	Dependência ligeira	Independente
0	<55	55-90	>90	100

Anexo IV – Tabela nacional de funcionalidade no adulto

TABELA NACIONAL DE FUNCIONALIDADE NO ADULTO							
Atividades e participação		Desempenho					
		0	1	2	3	4	Total
Mobilidade e autocuidados	d230 Realizar a rotina diária			X			8
	d410 Mudar a posição básica do corpo	X					
	d415 Manter a posição do corpo	X					
	d430 Levantar e transportar objetos		X				
	d450 Andar	X					
	d460 Deslocar-se por diferentes locais	X					
	d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)	X					
	d520 Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)	X					
	d540 Vestir-se	X					
	d620 Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)			X			
	d640 Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc.)			X			
	d660 Ajudar os outros		X				
	d920 Recreação e lazer	X					
Competências gerais	d220 Realizar múltiplas tarefas	X					15
	d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	X					
	d475 Conduzir (bicicleta, mota, automóvel, animais, etc.)			X			
	d510 Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc.)	X					
	d630 Preparar refeições (cozinhar, etc.)		X				
	d825 Formação profissional					X	
	d845 Obter, manter e sair do emprego					X	
	d850 Emprego remunerado					X	
Competências	d166 Ler	X					
	d175 Resolver problemas	X					
	d330 Falar	X					

	d345 Escrever Mensagens	X					0
	d530 Cuidados relacionados com o processo de excreção	X					
	d550 Comer + d560 Beber - alimentar-se	X					
	d570 Cuidar da saúde	X					
	d860 Transações económicas básicas	X					
<u>Sociabilidade</u>	d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas		X				1
	d350 Conversação	X					
	d710 Interações interpessoais básicas	X					
	d760 Relações familiares	X					
	d770 Relacionamentos íntimos	X					
	d910 Vida em comunidade	X					
<u>Manipulação e manuseio</u>	d440 Motricidade fina	X					0
	d445 Utilização da mão e do braço	X					
	d465 Deslocar-se utilizando equipamentos	X					
Total							24
Classificação funcionalidade		Funcionalidade média (5%-24%)					

Quantificador de desempenho				
<u>Sem dificuldade</u>	<u>A maioria das vezes</u>	<u>Com alguma dificuldade</u>	<u>Com muita dificuldade</u>	<u>É incapaz</u>
0	1	2	3	4
0%-4%	5%-24%	25%-49%	50%-95%	96%-100%

Intervalo de valores obtido	Classificação semântica	Classe de qualificação
0-6	Funcionalidade total	0%-4%
7-36	Funcionalidade média	5%-24%
37-74	Funcionalidade reduzida	25%-49%
75-144	Funcionalidade muito reduzida	50%-95%
145-152	Funcionalidade ausente	96%-100%