



2.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
REABILITAÇÃO À PESSOA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA
OBSTRUTIVA CRÓNICA SUBMETIDA À VENTILAÇÃO NÃO
INVASIVA, NO REGRESSO A CASA**

Tutora: Professora Cristina Saraiva

Discente:

Sandra Antunes Boccuti

Lisboa

2012

*Preparar o futuro significa fundamentar o presente.
O verdadeiro homem mede a sua força, quando se defronta com o
obstáculo*

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença incapacitante, acarretando custos económicos e sociais a nível mundial. A Organização Mundial de Saúde prevê que esta seja em 2030 a terceira causa de morte no mundo.

Um cuidar óptimo da pessoa com DPOC requer uma combinação de terapias que incluem a Reabilitação Respiratória (RR) constituída pela Reeducação Funcional Respiratória (RFR), treino de exercícios, optimização da terapia inalatória e assistência respiratória como a Oxigenoterapia de Longa Duração e a Ventilação Não Invasiva (VNI), sendo esta última utilizada no estágio IV da DPOC. A VNI tem demonstrado ser um auxílio na qualidade de vida da pessoa com DPOC, pode ser feita no domicílio, com todas as vantagens da permanência da pessoa na sua própria casa.

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação tem competências que permitem orientar a pessoa com DPOC submetida à VNI na gestão da sua doença, na adesão à VNI e na realização de RR que permita melhorar a qualidade de vida.

O objectivo deste trabalho foi descrever as actividades realizadas em contexto do estágio no sentido de aquisição de competências específicas como Enfermeiro Especialista em Reabilitação. Durante esse processo foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre VNI e RR promovendo a independência da pessoa com DPOC, submetida à VNI.

Durante o estágio foram utilizadas técnicas de RFR como dissociação dos tempos respiratórios, mobilização e relaxamento da cintura escapular, respiração diafragmática, técnicas e dispositivos para mobilização e expulsão das secreções à pessoa com DPOC, submetida à VNI. Foi também realizado treino de exercício de fortalecimento muscular e treino de Actividades de Vida Diária com técnica de compensação de energia, possibilitando um regresso a casa seguro.

No sentido de completar a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Reabilitação, foram incorporados estágios na área da pessoa com incapacidade sensorio-motora e de eliminação.

Palavra-chave: *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Ventilação Não Invasiva, Enfermagem em Reabilitação e Reabilitação Respiratória.*

ABSTRACT: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a disease that causes disability and results in an economic and social burden worldwide. The World Health Organization estimated for 2030, COPD is predicted to become the third leading cause of death.

An optimal care of person with COPD requires a combination of therapies including Pulmonary Rehabilitation (PR). There are several components of the PR as Functional Respiratory Reeducation (FRR), training exercises, optimization of inhaled therapy and respiratory care as Long-term oxygen therapy and Non Invasive Ventilation (NIV), being used in stage IV COPD. NIV as being shown as an aid of quality of life of people with COPD, it can be done at home, with advantages.

The Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing provides a caring that allows the person with COPD underwent NIV a management of their illness, adherence to NIV and the achievement of PR that will improves the quality of life.

The aim of this study was to describe the activities carried out in the context of the traineeship towards specific skills as a Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing Care. During that process there were conducted literature searches on PR and NIV promoting independence of person with COPD underwent NIV.

During the traineeship there were used techniques with person with COPD, underwent NIV, of RFR like dissociation of breathing time, relaxation and mobilization of the shoulder girdle, diaphragmatic breathing, techniques and devices aim to mobilize and expel secretions. There were also conducted training exercise and muscle strengthening, and Daily Living Activities workout using techniques of energy compensation, allowing a safe return home.

In order to complete the acquisition of skills as a Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing Care, traineeship was done in areas like the person with sensorial and motor disability, and also bladder and intestinal disability.

Keyword: *Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Non Invasive Ventilation, Nursing Rehabilitation and Pulmonary Rehabilitation.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA	10
2. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.....	14
3. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA.....	19
4. CUIDAR DA PESSOA SUBMETIDA À VNI, NO REGRESSO A CASA	24
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	29
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
7. BIBLIOGRAFIA	57
8. APÊNDICES	63
APÊNDICE I: OBJECTIVOS E ACTIVIDADES ESTABELECIDOS NO PROJECTO DE FORMAÇÃO	64
APÊNDICE II: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO 1º ENCONTRO HOSPITAL- CENTROS DE SAÚDE PARTILHAR PARA MELHOR CUIDAR	69
APÊNDICE III: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO INTERNACIONAL DE REABILITAÇÃO E <i>WORKSHOP</i> VENTILAÇÃO NÃO INVASVA	71
APÊNDICE IV: COLHEITA DE DADOS NO EC DA PNEUMOLOGIA	74
APÊNDICE V: ESCALAS UTILIZADAS NO EC DA PNEUMOLOGIA	76
APÊNDICE VI: PLANO DE CUIDADOS PESSOA COM DPOC	78
APÊNDICE VII: PLANOS DE CUIDADOS PESSOA COM FIBROSE QUÍSTICA	91
APÊNDICE VIII: GUIA COLHEITA DE DADOS E ESCALAS EC MEDICINA	103
APÊNDICE IX: PLANO DE CUIDADOS EC MEDICINA	109
APÊNDICE X: REFLEXÕES EC MEDICINA.....	128
APÊNDICE XI: GUIA PARA CUIDADORES DE PESSOAS COM AVC.....	138

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença incapacitante, acarretando custos económicos e sociais a nível mundial. É uma causa importante de morbilidade e mortalidade crónicas em todo o mundo (GOLD, 2010). É definida pela GOLD em 2011 como

“Chronic Obstructive Pulmonary Disease, a common preventable and treatable disease, is characterized by persistent airflow limitation that is usually progressive and associated with an enhanced chronic inflammatory response in the airways and the lung to noxious particles or gases. Exacerbations and comorbidities contribute to the overall severity in individual patients.” (p. 2)

A DPOC é uma doença incapacitante, mesmo nas idades jovens. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) em 2004, 64 milhões de pessoas tinham DPOC e 3 milhões de pessoas morreram com DPOC, a nível mundial. A OMS (2011) prevê que em 2030 a DPOC seja a terceira causa de morte no mundo. Segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) em 2004, a DPOC foi a 4ª causa de morte, na Europa, representando 5,1% dos óbitos e em 2009 a mortalidade global por DPOC em Portugal foi de 5,8% (ONDR, 2010).

Tem de ser encarada como uma doença frequente, mas que, simultaneamente é uma doença prevenível (ONDR, 2008). Para além dos custos directos decorrentes do diagnóstico e tratamento, existem custos indirectos como o impacto da incapacidade na vida da pessoa e da família, o absentismo laboral e uma mortalidade precoce resultando numa sobrecarga económica e social.

A GOLD (2011, p. 4) refere que *“since mortality offers a limited perspective on the human burden of a Disease, it is desirable to find other measures of Disease burden that are consistent and measurable across nations”*. O impacto desta doença é quantificada em *Disability-Adjusted Life Year (DALY)*, relacionado com o grau de incapacidade, isto é o número de anos de vida perdidos ajustados pelo grau de incapacidade e permitem quantificar o peso da doença a partir da mortalidade e morbilidade.

Para o ano de 2020 a GOLD (2010) estima que a DPOC será a 5ª causa de perda de *DALY* no mundo. Na Europa a DPOC é responsável pela perda de 7 milhões de *DALY*

(ONDR, 2010). Esta doença acarreta um custo directo de 36,8 biliões de euros por ano (GOLD, 2010). Em Portugal, a DPOC é responsável por mais de 12.000 DALY por ano. Os custos directos das doenças respiratórias rondam anualmente os 600 milhões de euros, só a DPOC é responsável por 240 milhões de euros (ONDR, 2010).

Como doença respiratória crónica, a DPOC tem como principal sintoma a dispneia geradora de um “ciclo vicioso de incapacidade” com impacto físico, social e psicológico. Na fase inicial a dispneia surge com o esforço evoluindo de forma progressiva e persistente promotora de uma incapacidade funcional. Esta incapacidade implica não poder realizar actividades de vida diária (AVD), profissionais e sociais e conduz a um isolamento social e frequentemente à depressão, que só poderá piorar a condição de saúde da pessoa.

Para a GOLD (2011) a DPOC classifica-se em 4 estádios de gravidade relacionados com a limitação respiratória. O estádio IV é considerado como muito grave, levando a uma abordagem terapêutica diferenciada. Para além de toda abordagem terapêutica da DPOC este estádio inclui intervenções como a oxigenoterapia de longa duração (OLD) e a ventilação não invasiva (VNI). A VNI é um meio terapêutico de suporte que permite manter/melhorar a doença.

A VNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos, evitando desta forma as complicações associadas a entubação orotraqueal (EOT) e ventilação mecânica invasiva (VMI). Esta técnica já demonstrou ser eficaz em diversos tipos de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Os objetivos da VNI são a diminuição do trabalho respiratório, o repouso dos músculos respiratórios, a melhoria das trocas gasosas e, nos doentes com DPOC, a diminuição da auto-Peep (*positive expiratory end pressure*). (Ferreira et al., 2009)

Para Ramos, Fonseca e Ferreira (2011, p.39) “ os profissionais de saúde ao reconhecerem a VNI como uma opção terapêutica segura e eficiente, desde do lactante até ao adulto/ idoso, podem em algumas situações clínicas implementá-la, em detrimento da VMI, com ganhos na qualidade de vida e diminuição dos custos associados aos cuidados de saúde”.

A VNI tem demonstrado ser um auxílio na qualidade de vida da pessoa com DPOC, permitindo diminuir as exacerbações inerentes à doença, diminuindo

consequentemente os internamentos e aumentando a sobrevida. A VNI pode ser feita no domicílio, com todas as vantagens da permanência da pessoa com DPOC na sua própria casa, mas também com as dificuldades de não ter um apoio constante por parte dos profissionais de saúde.

Esta implementação da VNI e a transição para o domicílio implica uma reorganização pessoal e familiar, sendo necessário um apoio especializado que ajude à adaptação da pessoa à VNI.

O enfermeiro especialista em reabilitação (EER) tem competências que permitem orientar a pessoa com DPOC submetida à VNI e cuidadores para a satisfação das suas necessidades resultando na maximização das suas capacidades. No regresso a casa da pessoa este apoio torna-se ainda mais valioso, pois é neste momento que a pessoa encara a nova vida. O EER é imprescindível nesta tarefa, centrando a sua intervenção específica ao nível do ensino à pessoa/cuidador de maneira a minimizar sintomas e complicações, melhorar a tolerância ao esforço e maximizar a capacidade de realizar AVD e autonomia.

Para a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2009, p.1)

“ A Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas AVD. Integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença.”

O EER tem competências para estabelecer programas de RR adaptados às necessidades afectadas da pessoa com DPOC e que permitam o desenvolvimento das capacidades, aliando a este programa a VNI.

Os locais de EC foram escolhidos por serem considerados locais de referência para a prática da enfermagem em reabilitação (ER). Para o desenvolvimento das intervenções do EER à pessoa com DPOC submetida à VNI, o serviço de Pneumologia escolhido como local de EC permitiu uma abordagem à pessoa com incapacidade respiratória,

potenciando o desenvolvimento de competências na área da RR, motora e cognitiva. Permitiu também a aquisição de competências na área da VNI, iniciando um percurso que foi enriquecido pelas passagens na Sala de Ventilação Electiva (SVE) e Hospital de dia de Insuficientes Respiratórios (HDIR), na vertente da visitação domiciliária (VD).

Como enfermeira de Cuidados de Saúde Primários (CSP) toda a dinâmica que envolve o regresso à comunidade da pessoa com DPOC submetida à VNI é para mim um foco de atenção, mas só desenvolvendo competências nesta área conseguirei guia-la para uma vida com o máximo de independência possível. O EER tem um papel fundamental na educação da pessoa com DPOC/cuidador, formação da equipa para assegurar a continuidade dos cuidados, e estabelecimentos de planos de reabilitação adaptados ao regresso à casa da pessoa com DPOC.

Estas intervenções como EER basearam-se no Modelo Conceptual de Virginia Henderson. Este Modelo baseia o cuidado de enfermagem nas 14 necessidades humanas fundamentais (NHF). Para Phaneuf (2001, p.41) “neste modelo conceptual, o objectivo dos cuidados consiste em ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades de maneira óptima para atingir um melhor estado de saúde e levá-la a reencontrar a sua independência face às suas necessidades”.

A aquisição de competências na reabilitação sensitivo-motora, na eliminação e treino de AVD foi realizada no serviço de Medicina, possibilitando a elaboração e implementação de planos de reabilitação adaptados à pessoa com incapacidade motora (IM).

A passagem pelos locais de EC potenciou o desenvolvimento de actividades de maneira a atingir os objectivos traçados dando resposta aos domínios de competências como enfermeiro especialista comum, EER e as inerentes ao 2º ciclo do Processo de Bolonha, estas estão implícitas na elaboração deste Projecto de Formação. Os objectivos foram:

- Compreender a dinâmica funcional dos locais de EC, a metodologia de trabalho, a prática da prestação de cuidados, como se articulam com a comunidade, tendo por base os cuidados de ER;

- Identificar a função/intervenções do EER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade nos locais de EC;
- Adquirir e desenvolver competência na área de ER na pessoa com DPOC submetida à VNI e na pessoa com incapacidade sensorio-motora e de eliminação para promover a independência;
- Planear um regresso a casa da pessoa com DPOC submetida à VNI e da pessoa com incapacidade sensorio-motora e de eliminação com segurança fomentando a independência.

Cuidar da pessoa com necessidades afectadas de forma a esta atingir o seu potencial máximo implicou uma aprendizagem que relatarei ao longo deste relatório, fundamentando a minha prática no modelo teórico e artigos científicos. A metodologia utilizada baseia-se na pesquisa bibliográfica realizada em motor de busca *Cochrane, Medline, Scielo e PubMed* utilizando as palavras-chave ***Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Non Invasive Ventilation, Pulmonary Rehabilitation e Rehabilitation Nursing***. A descrição das várias actividades realizadas ao longo dos ensinamentos clínicos (EC) permitirá perceber como consegui atingir os objectivos propostos e desenvolver competências como EER. E finalmente irei tecer algumas considerações finais sobre o percurso realizado ao longo dos vários EC e o meu percurso como futuro EER.

1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

A DPOC é uma doença crónica caracterizada por uma limitação na passagem do ar, é causada por uma mistura de doença das vias aéreas (VA) inferiores (bronquite crónica) e destruição do parênquima (enfisema). A inflamação crónica causa mudanças estruturais e estreitamento das VA inferiores. A destruição do parênquima pulmonar, também por processos inflamatórios, leva a uma diminuição do *recoil* elástico pulmonar. Estas mudanças diminuem a capacidade das VA em se manterem abertas durante a expiração. (GOLD, 2011)

As consequências da lesão/agressão do tecido pulmonar condicionam obstrução fixa dos débitos aéreos e alterações da transferência alveolocapilar com repercussão a nível das trocas gasosas. (Barbara, 2003)

Os factores de risco para a DPOC são os factores genéticos, como deficiência hereditária de alfa-1-antitripsina; a idade e género, apesar dos últimos dados revelarem uma prevalência da doença praticamente igual entre homens e mulheres; o crescimento e desenvolvimento pulmonar, relacionados com processos ocorridos na gestação, nascimento e exposições a agentes nocivos durante a infância e adolescência; a exposição a partículas, como o tabaco; exposição ocupacional a agentes orgânicos, inorgânicos, químicos e fumos, e poluição provenientes de biomassas. Ainda temos como factores de risco o nível socioeconómico, asma e hiperreactividade brônquica, bronquite crónica e infecções. (GOLD, 2011)

Um diagnóstico clínico da DPOC deverá ser considerado em qualquer pessoa com dispneia, tosse ou secreções crónicas e/ou história de exposição a factores de risco da doença. A espirometria é um requisito para o diagnóstico no contexto clínico, a presença de um Volume Expiratório Máximo no 1º segundo (FEV_1)/Capacidade Vital Forçada (FVC) <0.70 confirma a presença de uma limitação persistente do fluxo aéreo. (GOLD, 2011)

Quadro 1: Estádios da DPOC

0: At Risk	I: Mild	II: Moderate	III: Severe	IV: Very Severe
- Chronic symptoms - Exposure to risk factors - Normal spirometry	- $FEV_1/FVC < 70\%$ - $FEV_1 \geq 80\%$ - With or without symptoms	- $FEV_1/FVC < 70\%$ - $50\% \leq FEV_1 < 80\%$ - With or without symptoms	- $FEV_1/FVC < 70\%$ - $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ - With or without symptoms	- $FEV_1/FVC < 70\%$ - $FEV_1 \geq 30\%$ or presence of chronic respiratory failure or right heart failure

Fonte: Gold, Philip M. (2009). The 2007 Gold Guidelines: a comprehensive care framework. *Respiratory Care*. Vol.54, nº 8, Agosto pp. 1040-1049

Os objectivos da gestão da DPOC são determinar a gravidade da doença, incluindo a gravidade da limitação do fluxo aéreo, o impacto da doença no estado de saúde da pessoa e o risco de futuros eventos, como as exacerbações, internamentos ou morte, de maneira a estabelecer o tratamento. (GOLD, 2011)

A DPOC compromete a função pulmonar, sendo uma das principais características a dispneia, tosse e produção de muco. Este compromisso irá influenciar a capacidade de realizar AVD, limitando a independência funcional. (Sarmiento et al., 2002)

Nos estádios mais avançados da doença (IV) acrescenta à sintomatologia mais comum a fadiga, anorexia e a perda de peso. A ansiedade e depressão também são habituais nestas pessoas. (GOLD, 2011)

Uma pobre tolerância ao exercício, a fraqueza muscular e a dispneia têm efeitos profundos nas consequências sistémicas da doença. A dispneia é consequência de um aumento da ventilação e de uma hiperinsuflação dinâmica. A inactividade pode ser um comportamento adquirido para evitar a dispneia. Esta situação resulta num ciclo vicioso em que a imobilidade causa dispneia, e esta por sua vez gera ainda mais imobilidade. A pessoa com DPOC evita o exercício e adopta um estilo de vida menos activo, sendo este menor no estágio precoce da doença. Um menor tempo de marcha foi reportado em pessoas com DPOC no estágio II, sendo esta redução mais pronunciada nos estádios III e IV. Outros eventos como as exacerbações contribuem para a adopção de um estilo de vida inactivo. (Decramer et al., 2008)

A mortalidade oferece uma perspectiva limitada da sobrecarga de uma doença, é então preferível encontrar outras medidas mais consistentes e mensuráveis. Os autores de *Global Burden of Disease Study* designaram um método para avaliar a fracção da mortalidade e incapacidade atribuídas a doenças e lesões utilizando uma medida da sobrecarga de cada problema de saúde, chamada *Disability-Adjusted Life Year (DALY)*. Os *DALY* para uma condição específica são a soma dos anos perdidos devido à mortalidade prematura e anos de vida vividos com incapacidade, ajustados de acordo com a gravidade da incapacidade. As projecções dizem que a DPOC será a 7ª causa mundial de *DALY* em 2030. (GOLD, 2011)

Os principais indicadores do prognóstico, em termos de mortalidade, são a idade da pessoa, os valores da obstrução das VA e a presença de hipoxémia e de hipercápnia.

Estes elementos associados à presença e gravidade dos sintomas permitem determinar o estágio da doença, classificando-os em 4 estádios. Uma intervenção terapêutica precoce permite uma melhoria da qualidade de vida da pessoa e um atraso na degradação da função pulmonar. (Shiang e Carvalho, 2003)

A história natural da DPOC é complicada pelo desenvolvimento de consequências sistémicas e comorbilidades. As consequências sistémicas podem ser definidas como manifestações extra-pulmonares com uma imediata causa e efeito nas relações com comorbilidades e doenças associadas à DPOC.

As consequências/comorbilidades maiores hoje reconhecidas são: menor capacidade de adaptação, intolerância ao esforço, disfunção musculoesquelética, osteoporose, impacto metabólico, ansiedade e depressão, doenças cardiovasculares e mortalidade. Vários factores estão envolvidos como a inflamação sistémica, presente em algumas pessoas com DPOC quando estáveis, e sempre presente nas exacerbações e a inactividade, relacionada com a maioria das comorbilidades. (Decramer et al., 2008)

A orientação terapêutica na DPOC estável deve ser definida no sentido de fornecer um alívio sintomático, prevenir as exacerbações, reduzir a progressão da doença, preservar a função pulmonar, prevenir e tratar as complicações, evitar ou minimizar os efeitos secundários da terapêutica, melhorar a qualidade de vida da pessoa. (Shiang e Carvalho, 2003)

O tratamento da DPOC está directamente dependente da vontade e da capacitação da pessoa para aplicar o controlo recomendado. Por esta razão, é fundamental a educação terapêutica do doente com DPOC, de forma a poder melhorar as suas competências e capacidade para lidar com a evolução da doença. (DGS, 2005)

As *Guidelines* da GOLD referem, relativamente ao uso de broncodilatadores, que estudos demonstraram uma evidência B no uso de beta-agonistas de curta acção com melhoria da FEV₁ e dos sintomas, mas o uso de beta-agonistas de longa acção têm nos estudos uma evidência A com melhoria da FEV₁, do volume pulmonar, diminuição da dispneia, melhoria da qualidade de vida com uma diminuição das exacerbações. (GOLD, 2011)

Estudos demonstraram com uma evidência A o uso concomitante de broncodilatadores

de curta e longa acção na melhoria da FEV₁ e dos sintomas. Relativamente a utilização de corticoesteróides via inalatória, estudos indicam uma evidência A com melhoria dos sintomas, função pulmonar, qualidade de vida e diminuição das exacerbações. A combinação de broncodilatadores e corticoesteróides tem uma evidência A na DPOC grave. (GOLD, 2011)

Os benefícios da RR na pessoa com DPOC estão bem documentados, vários estudos evidenciam como principais benefícios da RR na DPOC a melhoria da qualidade de vida, a redução da ansiedade e depressão, a redução da dispneia e fadiga associada ao exercício físico, melhoria da capacidade em realizar AVD, diminuição das exacerbações com diminuição do número de internamentos. (Menoita e Cordeiro, 2012)

Para Menoita e Cordeiro (2012, p. 268)

“ A educação é a chave para o êxito dum programa de RR. A componente educacional deve abranger medidas preventivas e terapêuticas. A pessoa deve ser ensinada e responsabilizada pela auto-gestão da sua doença. (...) Deve-se integrar no programa educacional da pessoa com DPOC temas que abordem a sua doença, (...) falar sobre a importância de fazer exercício físico, da evicção tabágica, e de aspectos relacionados com a alimentação.”

Um cuidar óptimo da pessoa com DPOC requer uma combinação de terapias farmacológicas e não farmacológicas. As não farmacológicas incluem a cessação tabágica, estimular a actividade física, vacinação contra a gripe e pneumocócica, educação na adesão ao plano terapêutico, estratégias de gestão da patologia, como por exemplo como actuar nas exacerbações. Esta terapia não farmacológica pode ser feita sob a forma de um programa de reabilitação. (ZuWallack, 2007)

Muitas vezes em pessoas gravemente incapacitadas não é possível um alívio dos sintomas limitantes apenas com programas de reabilitação. Nesse sentido a VNI tem sido utilizada na RR. (Moreno, Dal Corso e Malaguti, 2007)

2. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Apesar das estratégias para travar o curso da doença, a pessoa com DPOC pode piorar seu estado clínico para o estágio IV, como muito grave, é nesta fase que tem de ser prescrito a VNI, concomitantemente com a OLD (GOLD, 2010).

A VNI consiste então num tipo de ventilação em que não existe EOT. A interface do ventilador com a pessoa ocorre através de máscara facial, nasal ou por capacete, sendo portanto uma ventilação mais confortável e bem tolerada. A escolha da interface é fundamental para o sucesso da técnica ventilatória. A opção da máscara, deve respeitar o tipo de insuficiência respiratória em causa e as características da pessoa. São vários os modelos de ventiladores utilizados na VNI, a modalidade é escolhida de acordo com as necessidades ventilatórias de cada pessoa. (Germano, 2008)

Torna-se possível ventilar pessoas conscientes de forma adequada, sem que seja necessário a depressão a nível da consciência com sedação, para uma melhor adaptação ao ventilador. Contudo a VNI tem indicações específicas e a sua aplicação é limitada de acordo com a patologia da pessoa, a sua colaboração e o empenho dos profissionais de saúde na execução da VNI. (Germano, 2008)

Tem como principais vantagens evitar a EOT com a consequente diminuição dos riscos associados, nomeadamente infecções nosocomiais e lesão traqueal, evitando o trabalho dinâmico imposto pelo tubo endotraqueal; não sendo necessária sedação, permite à pessoa falar, manter tosse eficaz e alimentação oral. É fácil de instituir e de retirar e pode ser efectuada fora de uma unidade de cuidados intensivos. Acarreta, por isso, uma diminuição do tempo de internamento hospitalar, da mortalidade e uma diminuição dos custos. (Ferreira et al., 2009)

A VNI é amplamente usada no tratamento das exacerbações na DPOC. A GOLD (2011, p.43) diz que “*NIV improves respiratory acidosis and decreases respiratory rate, severity of breathlessness, complications such as ventilator associated pneumonia and length of hospital stay.*” A GOLD (2011, p.43) tem como indicações para o uso de VNI nas exacerbações: “*At least one of the following:*

- *Respiratory acidosis (arterial $pH \leq 7.35$ and/or $PaCO_2 \geq 6.0$ kPa₂ 45 mmHg)*

- *Severe dyspnea with clinical signs suggestive of respiratory muscle fatigue, increased work of breathing, or both, such as use of respiratory accessory muscles, paradoxical motion of the abdomen, or retraction of the intercostals spaces.*”

Para Câmara, Nóbrega e Maul (2011, p.204)

“Foi demonstrado em estudos randomizados controlados e em revisões sistemáticas, o papel da VNI na redução no número de EOT e na mortalidade dos doentes com DPOC descompensada. (...) Assim, a VNI deve ser considerada em todos os doentes com DPOC agudizada, nos quais a acidose respiratória persista apesar do tratamento *standard* otimizado, o qual inclui a administração controlada de O₂ para manter a SpO₂ entre 88-92 %, a nebulização com salbutamol, brometo de ipatrópio e corticoide.”

O estudo de Thys et al. (2002) tinha como objetivo clarificar se os já conhecidos efeitos da VNI em pessoas com compromisso respiratório são reais ou devidos ao efeito placebo, e se a aplicação precoce de VNI no serviço de Urgência leva a uma rápida melhoria da pessoa, sua condição e resultados. O estudo randomizado foi conduzido com 20 pessoas com compromisso respiratório grave secundário a uma exacerbação da DPOC ou edema agudo do pulmão, cuja situação não cedeu a terapêutica convencional, e com necessidade iminente de EOT. Aos 2 grupos de 10 pessoas cada foi administrado medicação convencional e VNI (BIPAP) ou medicação convencional com placebo de VNI. As 10 pessoas submetidas à VNI melhoraram rapidamente e não necessitaram de EOT. No grupo placebo, houve agravamento de estado, tendo existido necessidade de submeter estas 10 pessoas à VNI activa, 3 destes foram EOT. O grupo submetido à VNI activa teve uma melhoria rápida e significativa dos parâmetros clínicos, pH e paCO₂, melhoria da frequência respiratória e diminuição do uso dos músculos acessórios. A aplicação precoce de VNI levou a uma rápida melhoria clínica e dos valores da gasimetria.

O estudo de Felgueiras et al. (2006) tinha como objectivo demonstrar a experiência com a VNI, numa Unidade de Cuidados Intermédios durante 2 anos. Foram analisados retrospectivamente dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais de 66 doentes, submetidos à VNI, admitidos entre Janeiro de 2001 e Dezembro de 2002, numa unidade de cuidados intermédios. A VNI demonstrou ser eficaz com melhoria

gasimétrica em 61 % dos doentes às 48 horas. O maior benefício verificou-se nos doentes com DPOC, com insuficiência cardíaca e com pneumonia.

A GOLD (2011, p.28) relata que “*Non- invasive ventilation is increasingly used in patients with stable very severe COPD*”.

A Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários (CNCDR) relata em 2009 no seu relatório de situação os seguintes dados relativamente às pessoas submetidas à VNI domiciliária em Portugal: a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte 48.839 pessoas, a ARS do Centro 10.060 pessoas, a ARS de Lisboa e Vale do Tejo 57.291 pessoas e a ARS do Algarve 7.760 pessoas. O valor do fornecimento de ventiloterapia domiciliária a doentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 2009 foi de 28.914.046,00 euros.

Perante estes custos e sabendo que quer a pessoa efectue a VNI ou não estes serão debitados, é ainda mais premente a necessidade de monitorização da realização de VNI, sendo necessário compreender o porquê da não adesão da pessoa à esta terapêutica. Só assim será possível o cumprimento da prescrição da VNI como terapêutica adjuvante na reabilitação da pessoa com DPOC.

A ventilação mecânica domiciliária é feita preferencialmente sobre a forma de VNI, esta deve ser tentada em pessoas com insuficiência respiratória crónica estável que, apesar de uma OLD bem conduzida, evoluam para uma de duas situações: $\text{PaCO}_2 > 55$ mmHg, e PaCO_2 entre 50 e 54 mmHg quando associada a dessaturação nocturna ($\text{SatO}_2 < 88\%$ durante 5 minutos consecutivos, não corrigida com administração de O_2 a 2 ou mais L/min) ou mais que dois episódios por ano de insuficiência respiratória aguda com internamento. Na exacerbação aguda da DPOC a VNI deve ser mantida, para o domicílio, se o doente mantiver hipercápnia. (CNCDR, 2011)

Em pessoas com hipercapnia significativa, a VNI tem indicação para tratamento prolongado, de forma intermitente (algumas horas diárias, preferencialmente no período nocturno), de acordo com a gravidade da retenção de CO_2 . (Germano, 2008)

Advoga-se que a VNI seja instituída por profissionais treinados e conhecedores dos factores preditivos de insucesso, com selecção criteriosa dos doentes, assim como em unidades próprias, com monitorização adequada, de modo a garantir o sucesso desta

terapêutica. É uma técnica que exige grande disponibilidade e dedicação do técnico, obrigando a reavaliações frequentes, pois só assim se garante o sucesso e a detecção precoce do insucesso. (Ferreira et al., 2009)

As implicações para a enfermagem retiradas do artigo de Jarvis (2006) relativamente à VNI são que os enfermeiros têm de ser proactivos na gestão dos sintomas respiratórios e das pessoas que poderão beneficiar da VNI.

O conhecimento sobre as principais vantagens que a VNI pode oferecer constitui um importante instrumento para suportar a tomada de decisão na prática profissional. Saberes aprofundados e actuais sobre os critérios/ recomendações de utilização, mecanismos de acção, benefícios e efeitos, permitem maximizar o potencial da sua utilização, cuja eficácia na redução da comorbilidade e mortalidade está demonstrada. (Ramos, Fonseca e Ferreira, 2011)

O estudo de Clini et al. (2009) pretendia analisar comparativamente o custo-benefício da VNI associada a OLD e o uso único de OLD na pessoa com DPOC estável, de modo a auxiliar a tomada de decisão. A análise incluiu 77 pessoas, 35 submetidas à VNI e OLD e 42 à OLD, e custos relativamente a medicação, hospitalizações por exacerbações, fornecimento de O₂ e ventilador. Como conclusão, este estudo demonstrou custos similares na medicação e OLD, mas uma redução nos custos de hospitalizações, devido a redução nos dias de internamento, nas pessoas submetidas à VNI e OLD. Este estudo conclui que a gestão de toda a doença no domicílio aliada à VNI não aumenta os custos comparativamente com o uso único de OLD.

Em 2007, Budweiser et al. realizaram um estudo de 4 anos que tinha como objectivo avaliar o benefício da VNI de longa duração, no domicílio, na pessoa com DPOC, com hipercápnia persistente. Neste estudo foram incluídas 140 pessoas, 99 foram submetidas à VNI e 41 não foram. O uso de VNI foi cerca de 8 horas diárias e a adesão foi de 88,9%. As conclusões foram uma maior taxa de sobrevivência nas pessoas com altas taxas de adesão à VNI (87,7%) comparativamente às pessoas que não eram submetidas de todo à VNI (56,7%). As pessoas com mais comorbilidades e factores de risco como diabetes, doença cardíaca, hipertensão arterial e tabagismo, também pareceram beneficiar com a VNI, este estudo sugeria ainda a necessidade de existir apoio na adaptação à VNI e familiarização com a técnica.

No estudo descritivo de Janssens et al. (2003) foram acompanhados durante 7 anos um total de 211 pessoas submetidas à VNI, a maioria com doença respiratória obstrutiva. Durante o estudo a DPOC passou a ser a indicação mais frequente para a VNI, o estudo demonstrou uma diminuição de necessidade de hospitalização e um impacto positivo do custo-eficácia.

Um outro estudo comparativo de Clini et al. (2002) envolveu 90 pessoas com DPOC, 43 submetidas à VNI durante cerca de 11 horas diárias em associação com cerca de 20 horas diárias de OLD, e 47 unicamente a 22 horas diárias de OLD. Este estudo concluiu que a adição da VNI à OLD na pessoa com DPOC estável reduziu a retenção de CO₂, no domicílio, reduziu a dispneia e melhorou a qualidade de vida. O uso de VNI nocturna demonstrou também uma melhoria gasimétrica arterial, com consequente redução das hospitalizações.

Um estudo exemplo das vantagens da VNI na pessoa com DPOC é o estudo randomizado de Brochard et al. (1995). Neste estudo foram comparadas pessoas submetidas a terapêutica convencional e pessoas submetidas à VNI, em 5 unidades de cuidados intensivos, ao longo de 15 meses. Foram recrutadas 85 pessoas num universo de 275 pessoas, todas com DPOC. 42 foram escolhidas para terapêutica convencional e 43 para VNI, os 2 grupos tinham características clínicas e de admissão similares. Relativamente à EOT, a VNI reduziu sua necessidade, pois apenas 11 das 43 pessoas submetidas à VNI foi EOT (26%), ao passo que 31 do outro grupo foram EOT (74%). Também se observaram menos complicações no grupo submetido à VNI, 16%, contra 48 % do grupo submetido a terapêutica convencional. O tempo de internamento também foi mais curto para o grupo da VNI, com uma média de 23 dias contra uma média de 35. A taxa de mortalidade hospitalar foi de 9 % para o grupo submetido à VNI, no outro grupo foi de 29%. Concluiu-se então que no caso das exacerbações na pessoa com DPOC a VNI reduz a necessidade de EOT, o tempo de internamento e a taxa de mortalidade.

3. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Para a American Thoracic Society/European Respiratory Society (ATS/ERS) (2005) a RR é definida como

“Pulmonary rehabilitation is an evidence-based, multidisciplinary, and comprehensive intervention for patients with chronic respiratory diseases who are symptomatic and often have decreased daily life activities. Integrated into the individualized treatment of the patient, pulmonary rehabilitation is designed to reduce symptoms, optimize functional status, increase participation, and reduce health care costs through stabilizing or reversing systemic manifestations of the disease.”

Para a Direcção Geral de Saúde (2009) a

“ A RR é uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas AVD. Integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença.”

Os principais objectivos da RR são reduzir os sintomas, melhorar a qualidade de vida e aumentar a participação física e emocional nas AVD. Para atingir estes objectivos a RR responde também aos problemas não pulmonares, que poderão não ter uma solução com a abordagem medicamentosa da DPOC. Um programa de reabilitação deverá incluir o treino de exercícios, a cessação tabágica, aconselhamento nutricional e a educação. (GOLD, 2011)

Os objectivos imediatos da RR são: a) Aliviar os sintomas, atenuando a deficiência; b) Diminuir as limitações da actividade; c) Promover a participação da pessoa na vida social, aumentando a sua qualidade de vida global. São objectivos da RR, a longo prazo, manter estes benefícios e verificar se os mesmos se traduzem em: a) Diminuição da utilização de recursos de saúde; b) Prevenção de admissões hospitalares; c) Diminuição do número de dias de internamento; d) Aumento da capacidade de auto controlo da doença; e) Redução da dependência dos serviços de saúde. (Direcção Geral de Saúde, 2009)

A RR é uma intervenção baseada na evidência, multidisciplinar para a pessoa com patologia respiratória crónica com sintomas e com dificuldades em realizar AVD. Parte integrante do tratamento individual da pessoa, a RR tem como objectivos reduzir sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação e reduzir os custos dos cuidados de saúde estabilizando ou revertendo as manifestações sistémicas da doença. (ZuWallack, 2007)

No tratamento da DPOC estudos demonstraram os seguintes benefícios com as respectivas evidências da RR na DPOC: melhoria da tolerância ao exercício físico (evidência A), redução do cansaço (evidência A), melhoria da qualidade de vida (evidência A), redução do número e de dias de hospitalização (evidência A), redução da ansiedade e depressão associadas à DPOC (evidência A), melhoria da função e resistência escapular com melhoria da função dos braços (evidência B), benefícios para além do tempo imediato após a realização do programa (evidência B), aumento da sobrevivência (evidência B), melhoria da recuperação após hospitalização por exacerbação (evidência B), aumento do efeito dos broncodilatadores de longa acção (evidência B) e possível benefício do treino dos músculos respiratórios, especialmente em simultâneo com o treino de exercícios gerais (evidência C). (GOLD, 2011)

Os critérios para RR são ditados pela presença de sintomas e incapacidade. O primeiro objectivo é melhorar a qualidade de vida aumentando a tolerância ao esforço e otimizando o estado funcional, incluindo o controlo sintomático. (Hardin, Meyers e Louie, 2008)

Uma meta-análise da Cochrane demonstrou a eficácia da RR, examinou 23 estudos de controlo randomizados, e concluiu que a reabilitação das pessoas com DPOC diminuiu significativamente a dispneia e melhora a qualidade de vida. Nesta análise os programas com supervisão tinham maior benefício que os sem supervisão, também havia uma redução significativa de dias de hospitalização por ano, como também redução nos custos directos e indirectos dos cuidados. (Hill, 2006)

Existe ainda uma diminuição da mortalidade a 2 anos nas pessoas com DPOC que fizeram RR quando comparados com pessoas que não fizeram RR. O objectivo final da RR é aumentar a capacidade da pessoa e cuidadores para gerir ativamente a doença,

umentando assim a autonomia e respondendo assim às suas necessidades. (Hardin, Meyers e Louie, 2008)

Existem vários componentes da RR como a Reeducação Funcional Respiratória (RFR), o treino de exercícios, a optimização da terapia inalatória e a assistência respiratória como a OLD e a VNI. (Menoita e Cordeiro, 2012)

A RFR tem como objectivos específicos a prevenção e correcção das alterações músculo-esqueléticas salientando-se uma posição corrigida para uma melhor ventilação, redução da tensão psíquica e muscular através do ensino de posições de descanso e relaxamento, assegurar a permeabilidade das VA facilitando a eliminação das secreções, prevenção e correcção dos defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar, através de um controlo da respiração e dos exercícios de reeducação respiratória, electivos e globais, melhoria da *performance* dos músculos respiratórios encorajando a prática dos exercícios de reeducação respiratória e reeducação no esforço. (Heitor, 1988)

O treino de exercícios é o melhor método para melhorar a função muscular na DPOC. É indicado para a pessoa com DPOC com diminuição da tolerância ao esforço, dispneia ou cansaço a pequenos esforços e/ou dificuldade na realização de AVD. O treino de exercícios tem como objectivo melhorar a tolerância ao esforço, através da melhoria das limitações ventilatórias, nas trocas gasosas e da disfunção muscular. Deverá também melhorar a motivação da pessoa para os exercícios, reduzir as alterações de humor, diminuir os sintomas e melhorar a função cardiovascular. (ATS/ERS, 2005)

O treino de exercícios permite não apenas o fortalecimento da musculatura respiratória, mas também dos músculos em geral, principalmente dos membros superiores que interferem na dinâmica costal quando da realização de alguns movimentos.

Segundo a DGS (2009, p. 5) “a combinação do treino de membros inferiores e superiores é benéfica, por optimizar a melhoria de dispneia em esforço e da qualidade de vida”. Esta combinação tem como objectivo incrementar, principalmente as AVD, que na sua maioria são realizados com os membros superiores e inferiores. (Cordeiro et al., 2012)

No regresso a casa da Pessoa com DPOC e na realização de AVD são fundamentais as técnicas de conservação de energia e de controlo de dispneia: as técnicas de conservação de energia têm por finalidade fazer com que a pessoa tenha menos dispneia nas AVD. A técnica de controlo da dispneia mais utilizada é a estratégia de respiração com os lábios semicerrados. Há tarefas simples que as pessoas devem ser aconselhadas a fazer: tomar banho sentados num banco; calçar e descalçar os sapatos sentados; fazer toda a higiene matinal sentados (escovar dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se); usar sapatos sem cordão; dividir o tempo para a realização de tarefas domiciliárias e subir escadas degrau a degrau e não ter pressa na realização das tarefas. (DGS, 2009)

O estudo de Wijkstra et al. (1996) comparou durante 12 semanas 2 grupos de pessoas com DPOC com obstrução grave das VA, no domicílio. Um grupo de 28 pessoas foi submetido a um programa de reabilitação, outro grupo de 15 não foi submetido a nenhum programa. O programa de reabilitação foi realizado no domicílio e consistia em exercícios de relaxamento, treino da cintura escapular, treino dos músculos inspiratórios (TMI) e treinos de exercícios para fortalecimento muscular. O estudo concluiu uma melhoria dos sintomas relacionados com o consumo de O₂ concomitantemente com um aumento da tolerância ao esforço. No esforço observou-se uma redução da dispneia e do trabalho dos músculos inspiratórios. O estudo demonstrou que a reabilitação no domicílio pode produzir uma melhoria do estado fisiológico durante o esforço físico da pessoa com DPOC.

No estudo de Garcia et al. (2007) foi investigado um protocolo específico de TMI no comportamento da dispneia, da função pulmonar, da força dos músculos respiratórios, da tolerância ao exercício e da qualidade de vida, num grupo de doentes com DPOC. Um grupo experimental foi sujeito a TMI utilizando um instrumento do tipo *Threshold* e utilizando uma resistência de 40 a 50% da Pressão Inspiratória máxima, por 5 semanas consecutivas e o grupo de controlo não efectuou qualquer tipo de treino, sendo apenas aconselhado a continuar com as actividades diárias até então praticadas. A aplicação do TMI em doentes com DPOC moderada a muito grave induziu melhoria da força dos músculos inspiratórios com repercussão na melhoria da qualidade de vida no que diz respeito aos sintomas.

A RR pode ser aliada à VNI com melhoria da função pulmonar, e conseqüentemente melhoria da capacidade em realizar AVD e melhoria da qualidade de vida.

A VNI tem sido usada com o objectivo de reduzir o trabalho dos músculos respiratórios e promover melhores níveis de tolerância ao esforço, a aplicação da VNI associada à RR parece minimizar a dispneia, reduzindo o trabalho dos músculos respiratórios. A VNI além de apresentar boa aceitação por parte das pessoas parece melhorar a mecânica respiratória devido à diminuição da sensação de dispneia, aumentando os índices de tolerância ao esforço, além de oferecer maior conforto à pessoa, com baixos riscos de complicações. (Borges Araújo et al., 2005)

Para Simonds (2003) o uso de VNI concomitantemente com um programa de reabilitação pode capacitar a pessoa com DPOC a exercitar a um maior nível e assim atingir um maior efeito. Foi demonstrado que um suporte na pressão inspiratória durante um exercício planeado reduz a dispneia e aumenta a distância de marcha diminuindo a sobrecarga dos músculos inspiratórios. Num estudo de controlo, foram randomizados 2 grupos de pessoas com DPOC normocápnicas, um num programa de RR e outros num programa de RR e VNI, durante 8 semanas, no domicílio. Este estudo demonstrou uma melhoria significativa na prova de marcha, em resultados de questionários para a DPOC e na PaO₂ no grupo que tinha VNI no domicílio. As pessoas do grupo da RR sem VNI não demonstraram melhoria na tolerância ao exercício.

O estudo randomizado de Duiverman et al. (2011) que decorreu durante 2 anos tinha como objetivo comparar 2 grupos pessoas com DPOC e hipercápnia, num grupo usou-se VNI nocturna domiciliária complementada com RR, que consistia em exercício de tolerância ao esforço com uso de bicicleta, marcha e TMI com um dispositivo *threshold* com uma resistência de 30% da Pressão Inspiratória máxima, e no outro apenas a RR. Este estudo concluiu que a adição da VNI à RR melhorava a qualidade de vida, o estado emocional, as trocas gasosas, a tolerância ao exercício e diminuía a dispneia e o declínio da função pulmonar. Os benefícios aumentavam ao longo do tempo.

4. CUIDAR DA PESSOA SUBMETIDA À VNI, NO REGRESSO A CASA

O EER tem competências para trabalhar com a pessoa com DPOC formulando programas de reabilitação que não só permitam maximizar as capacidades respiratórias, otimizando o uso da VNI, mas também desenvolvam as capacidades de realização de AVD, com o menor dispêndio de energia. É fundamental a VNI ser uma aliada na reabilitação da pessoa com DPOC, sendo assim primordial perceber como utilizar a VNI na melhoria da qualidade de vida.

Para Sousa e Duque (2012, p.212)

“O EER tem um papel crucial na implementação, adesão e sucesso da VNI e no programa específico da RFR. A sua intervenção processa-se na fase antes de instruir a VNI, durante a implementação e na preparação do regresso a casa. (...) A intervenção do EER ao nível da RFR à pessoa em programa de VNI, apresenta 3 etapas, antes e durante a VNI e a preparação para o regresso a casa com VNI.”

Antes da implementação da VNI os objectivos e intervenções do EER são: reduzir o medo e ansiedade, diminuir o trabalho respiratório, promovendo posicionamentos de descanso e relaxamento, realizando massagem de relaxamento ao nível dos músculos acessórios da inspiração e mobilização da cintura escapular, melhorar as trocas gasosas com posicionamento e dissociação e controle da respiração e mobilizar e eliminar secreções. (Sousa e Duque, 2012)

Os principais objectivos da RFR durante a VNI são: promover a participação e adesão da pessoa ao programa, promover a sincronia e adaptação à interface e ao ventilador, melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade das VA através da mobilização e eliminação de secreções e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas. (Sousa e Duque, 2012)

Importa ao EER agir nas várias vertentes no regresso a casa da pessoa com DPOC submetida à VNI. Importa capacitar a pessoa na gestão da sua doença, na adesão à VNI, realizar programas de reabilitação de acordo com as necessidades da pessoa, treino de AVD no próprio domicílio, gerir os apoios existentes na comunidade e

legislação que auxilie a pessoa na inclusão e cuidar dos cuidadores.

A pessoa com DPOC submetida à VNI tem, devido às restrições inerentes à patologia, alteração da sua capacidade de satisfazer as suas necessidades, sendo a satisfação dessas a essência do cuidar em enfermagem.

Para Kérouac et al. (1994) citando Fawcett (1989) “as concepções circunscrevem o domínio da responsabilidade dos enfermeiros”.

Quando uma concepção é completa e explícita, é chamada de modelo conceptual para a profissão de enfermagem. Uma concepção só é completa e explícita quando a teórica formula enunciados para cada elemento: os postulados e os valores na base da disciplina, tendo como principais objectivos identificar o papel dos enfermeiros, da pessoa cuidada, as intervenções e consequências destas. (Kérouac et al., 1994 citando Adam, 1991)

O modelo conceptual de enfermagem constitui um elemento fundamental da planificação dos cuidados. É um conceito de transição entre o pensamento filosófico que sustenta a prestação de cuidados e as acções que a enfermeira executa no quotidiano. A utilização de um modelo conceptual apresenta múltiplas vantagens, para a pessoa cuidada, para a organização do trabalho, delimitando as fronteiras deste e para a identidade profissional da enfermeira. (Phaneuf, 2001)

Foi então necessário basear o meu cuidar num modelo conceptual, o modelo de Virginia Henderson é para Basto (2007, P. XII) “uma referência para a enfermagem mundial, é útil até ao presente, por se concentrar no que é central, por ser dito em linguagem corrente e por corresponder ao sentir de muitas pessoas com necessidade de cuidados”.

A primeira escola de pensamento em enfermagem foi a das necessidades, desenvolvida por teóricas como Fay Abedallah, Virgínia Henderson e Dorothy Orem. O objecto dos cuidados era a resolução de problemas - assistência a actividades diárias/necessidades/défice das capacidades de auto-cuidado. As finalidades dos cuidados eram expressas como: ajudar o indivíduo nas necessidades de saúde e a adaptar-se aos problemas de saúde/independência nas AVD, e a eliminar o défice das capacidades de auto-cuidado. (Rosa e Basto citando Meleis, 2009)

Para Henderson (2007)

“ A função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível.”

O Modelo tem 14 NHF, toda a pessoa tende para a independência na satisfação das suas NHF e deseja atingir esta independência. As necessidades comuns a toda a pessoa doente ou saudável são: respirar, comer/beber, eliminar, dormir/repousar, mover-se e manter uma postura correcta, vestir-se e despir-se, manter a temperatura corporal nos limites normais, estar limpo e proteger os tegumentos, evitar perigos, comunicar com os seus semelhantes, praticar sua religião e agir segundo as suas crenças, ocupar-se de forma a sentir-se útil, divertir/realizar actividades recreativas e aprender. (Kérouac et al., 1994 citando Henderson e Nite, 1978)

O modelo de Henderson agrupa-se à volta de conceitos como: a pessoa tem necessidades de assistência para conservar a sua saúde ou para a restabelecer, reconquistar a sua independência ou morrer em paz, a pessoa é um ser biopsicossocial e espiritual que vive em relação com a sua família e com a comunidade na qual vive. (Phaneuf, 2001)

A pessoa tem de satisfazer as NHF para ser independente, caso a pessoa não consiga satisfazer alguma necessidade deixará de ser independente e poderá resolver por si próprio a necessidade afectada ou necessitar de ajuda.

Para Henderson a saúde depende, em boa parte, da capacidade da pessoa se manter independente face à satisfação das suas necessidades e que os cuidados de enfermagem situam-se numa abordagem científica de resolução de problemas, são prodigalizados em interdependência com outros membros da equipa prestadora de cuidados e supõem o uso de um plano de cuidados (PC) escrito. (Phaneuf, 2001)

A preparação do regresso a casa é um processo de identificação e preparação das necessidades antecipatórias de saúde, com vista à alta da pessoa, que requer

planeamento desde o início e o envolvimento de toda a equipa de cuidados, tendo a sua sistematização sido associada a resultados positivos, nomeadamente, satisfação por parte de doentes e prestadores de cuidados, melhoria da referenciação, utilização dos serviços da comunidade, menos complicações após a alta, diminuição do número de readmissões, diminuição do tempo de internamento e diminuição com os custos. (Gonçalves, 2008)

No regresso a casa, o papel do EER torna-se ainda mais fulcral, pois é neste momento que a pessoa e família encaram a nova realidade sem o suporte hospitalar. Ao EER compete implementar planos de reabilitação com especial ênfase na RR que aliada à VNI permita reduzir sintomas, como a dispneia, cansaço, melhorar a capacidade de exercício, a qualidade de vida e aumentar a participação nas AVD.

O cuidado domiciliário define-se com o cuidado que as pessoas com necessidades afectadas recebem em seus domicílios, seja ele executado pelo cuidador ou por profissionais da saúde. Assim, na direcção de um cuidado domiciliário prestado, por profissionais, vislumbramos a presença do enfermeiro. Descreve-se como funções do enfermeiro, neste contexto: administrar recursos, identificar, planejar, implementar e avaliar a assistência de enfermagem. Ele incentiva a família e a pessoa à realização de AVD, integra a família no cuidado através de orientações de cuidados específicos com relação à sua patologia, actua como elo de ligação entre a pessoa, família, equipa multidisciplinar e a instituição. (Lima e Vargas, 2004)

O domicílio apresenta-se, também, como espaço adequado ao cuidado de enfermagem, na medida em que a contenção de despesas e os riscos de infecção servem de argumento para reduzir o período de permanência em unidades de internamento. Muitas pessoas têm alta hospitalar necessitando de cuidados de enfermagem, cumprimento das prescrições médicas, entre outros cuidados mais complexos, como ventilação mecânica, supostamente possíveis de serem planeados e realizados nos seus domicílios. (Lima e Vargas, 2004)

Lima e Vargas (2004, p. 661) mencionam que “o enfermeiro deve assumir uma postura política, preocupada em evidenciar a sua participação na assistência domiciliária, não só como auditora de estrutura e assistência, mas também como pessoa chave para desenvolver o melhor atendimento às necessidades da pessoa e família”.

A educação terapêutica da pessoa para a monitorização da DPOC deve ser ministrada nos vários enquadramentos dos diferentes níveis de cuidados de saúde, quer em consulta, quer em cuidados domiciliários, quer em programas de reabilitação e deve ser, sempre, adaptada às necessidades e ao ambiente em que vive o doente. (Direcção Geral de Saúde, 2005)

O EER é o principal elemento na adaptação da pessoa no regresso a casa, acompanhado de um intruso, a VNI. A pessoa terá de se habituar a viver uma nova vida, assim como o seu círculo familiar e social. Abandonando o ritmo da segurança da vida hospitalar, chega um tempo de aprendizagem, de aquisição de novos hábitos no quotidiano. (Santos, 2003)

Estas estratégias diárias passam por um treino ocupacional, um treino de exercícios que permitam fortalecer os músculos e pela eliminação de barreiras arquitectónicas e uso de produtos de apoio, no próprio domicílio para que a pessoa consiga realizar AVDs com o menor esforço e educar os cuidadores, pois representam o principal suporte da pessoa com DPOC no regresso a casa. A assistência domiciliária fornecida pelo EER permite o provimento de serviços e de equipamento a pessoa com DPOC, na sua própria casa, com a finalidade de restaurar e manter o seu máximo nível de conforto, função e saúde.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

De maneira a atingir o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista comum, EER e as inerentes ao grau académico de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em ER propus-me atingir objetivos de acordo com os domínios de competências pretendidos. (APÊNDICE I)

Sendo assim é possível adquirir competências como EER (OE, 2010):

A.1	Desenvolvendo uma prática profissional e ética no campo de Intervenção do EER
A.2	Promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais
C.1	Gerindo os cuidados otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional
B.3	Criando e mantendo um ambiente terapêutico seguro
J	Cuidando de pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados
J.2	Capacitando a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania
J.2.2	Promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social
J.3	Maximizando a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Ao longo dos vários EC desenvolvi actividades para atingir objectivos que possibilitassem a aquisição dos domínios de competências como EER.

A.1	- Compreender a dinâmica funcional dos locais de EC, a metodologia de trabalho, a prática da prestação de cuidados, como se articulam com a comunidade, tendo por base os cuidados de ER);
A.2	- Identificar a função/intervenções do EER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade nos locais de EC;
C.1	

Para desenvolver competências como EER e também competências numa área específica, escolhida pela pertinência na minha realidade diária, as intervenções do EER à pessoa com DPOC submetida à VNI, no regresso a casa realizei EC.

Não foi possível iniciar o EC pelo serviço de Pneumologia devido à EER orientadora deste local só ter disponibilidade a partir de Janeiro, tendo então iniciado o meu percurso pelo serviço de Medicina de um Hospital em Almada, de 3 de Outubro de 2011 até ao dia 16 de Dezembro de 2011. O local foi escolhido por ser um serviço de referência com várias patologias, a maioria originando limitação motora na pessoa, por

ter como patologias mais frequentes: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Pneumonias, Insuficiência Cardíaca, patologias associadas ao envelhecimento, a EER deste serviço ser uma referência nesta área, permitir a implementação de planos de reabilitação adaptados a cada pessoa e permitir o desenvolvimento de competências na área da ER a nível motor, respiratório e treino de AVD.

Outro local de EC foi o serviço de Pneumologia, de um Hospital de Lisboa no período entre 3 de Janeiro a 3 de Fevereiro de 2012. Este serviço é caracterizado pela qualidade e diferenciação dos cuidados que presta às pessoas com patologias do aparelho respiratório, a prestação assistencial deste serviço é considerada de primeira linha pela aptidão em percorrer todas as fases da história natural das mais diversas patologias respiratórias. As patologias mais frequentes neste serviço são as patologias respiratórias obstrutivas como a DPOC, as patologias restritivas como o derrame pleural e o pneumotorax, neoplasia do pulmão. Neste serviço é iniciada a adaptação à VNI com presença da EER, esta é uma enfermeira de referência para a ER.

Para completar a minha aprendizagem já que a VNI é prescrita como um componente do regime terapêutico em fase de exacerbação da doença, e para adquirir uma visão global da pessoa com DPOC submetida à VNI estagiei na SVE e HDIR na VD de um Hospital de Lisboa. A SVE é um serviço de referência na realização de VNI, tanto a nível da adaptação como a nível da vigilância, destaca-se pela existência de um EER de referência na área da VNI. Finalmente o HDIR foi o local perfeito para terminar o meu percurso, pois trata-se de um serviço onde são realizados cuidados domiciliários a pessoas com insuficiência respiratória e a pessoas dependentes de prótese ventilatória.

A aquisição de competências como EER inicia-se pela percepção da dinâmica funcional do local de EC de maneira a compreender a metodologia de trabalho, a prática da prestação de cuidados, como se articulam com a comunidade, tendo por base os cuidados de ER.

Cuidar da pessoa com incapacidade implica sempre uma perspectiva ética do cuidar. Para uma perspectiva cuidadora, enquanto ética, convida primeiramente, a uma interrogação sobre o sentido da saúde e do cuidado, e sobre o sentido da pessoa. As

práticas de cuidar devem ser portadoras de sentido para as pessoas que nelas estão implicadas (Honoré, 2004)

A humanidade do homem deve permanecer intacta, no pensamento, na liberdade de escolher, na possibilidade de se exprimir. É imprescindível um respeito pela dignidade, pelo que a pessoa é. Da ética deriva o princípio de reconhecimento da autonomia e da autoformação de cada um. Um cuidar ético implica então um reconhecimento da vivência da pessoa, da autonomia e passa também para pela aceitação da paixão do outro, o que o leva a persistir. (Honoré, 2004)

Como EER é imprescindível o reconhecimento da autonomia, respeitar como o outro vive. Não cabe a quem cuida ditar ao outro uma maneira de viver, mas sim cabe à pessoa cuidada elaborar as formas novas de estar no mundo com a ajuda de quem cuida. (Honoré, 2004)

Cuidar com respeito e dignidade da pessoa com incapacidade passa pela aquisição de competências como ER, para que esta aquisição ocorra é fundamental perceber qual a dinâmica que envolve o trabalho do EER diariamente no serviço.

Em todos os EC tive oportunidade de verificar que o EER é considerado um pilar na equipa de enfermagem, pela sua capacidade de liderança e tomada de decisão, baseada em conhecimentos profundos e específicos, que permitem uma prestação de cuidados direccionada para a maximização das capacidades da pessoa cuidada, com envolvimento dos cuidadores e restante equipa multidisciplinar, respeitando sempre a individualidade da pessoa cuidada.

A EER do serviço de Pneumologia acolheu-me e apazigou os meus medos relativamente à prestação de cuidados de ER à pessoa com patologia respiratória, esta tem um papel imprescindível na dinâmica do serviço.

A qualidade dos cuidados reflecte o papel preponderante da EER na equipa de enfermagem, suas competências permite uma gestão de cuidados baseada em pressupostos como a responsabilidade, dignidade e qualidade.

Através da organização da dinâmica diária do serviço a EER gere a equipa de enfermagem relativamente aos cuidados prestados, gere a eficiência dos cuidados através de uma supervisão diária da qualidade dos cuidados.

Relativamente à prestação de cuidados em ER a avaliação da necessidade da pessoa em RR é muitas vezes requisitada pela equipa médica, através de um pedido escrito, no entanto a EER tem uma grande autonomia na decisão de quem poderá beneficiar com seus cuidados específicos e qual o programa de reabilitação mais adaptado às necessidades da pessoa.

A EER é uma dinamizadora da equipa de enfermagem através de uma avaliação da pessoa com patologia respiratória assente em conhecimentos teóricos e práticos vastos, adequando cuidados de enfermagem que respondam às necessidades da pessoa cuidada. A EER transmite os seus conhecimentos à equipa orientando-os de forma seguro de maneira a existir um crescimento desta, pois a equipa é uma equipa jovem que necessita de um suporte que permita ganhar maturidade na tomada de decisão, sendo assim mais autónomos.

A EER tem competências específicas que permitem uma articulação entre a equipa médica, equipa de enfermagem, assistente social, nutricionista, outros elementos externos ao serviço como serviço de medicina física e reabilitação, exames complementares e comunidade. Esta articulação permite capacitar a pessoa para um regresso a casa o mais seguro possível. A EER tem um conhecimento profundo das necessidades da pessoa cuidada, conseguindo assim decidir como se articular com os outros grupos de maneira a existir uma continuidade de cuidados adaptados à condição da pessoa cuidada, é de salientar a articulação com o Departamento de RFR, mantendo planos de reabilitação em ambulatório após a alta.

A EER articula-se com a equipa médica de forma a conseguir planear o regresso a casa seguro. A comunicação e articulação com esta é um factor determinante para o planeamento dos cuidados de ER. A EER consegue gerir o tempo de internamento implementando planos de reabilitação que conseguem desenvolver as capacidades respiratórias e musculares da pessoa com patologia respiratória. Todos os planos são implementados tendo em vista o regresso a casa e a continuidade do plano de reabilitação no domicílio.

No regresso a casa da pessoa com patologia respiratória a EER avalia a capacidade da pessoa e cuidadores para a continuidade do plano estabelecido no internamento, para o conseguir é fundamental durante o internamento que: a pessoa se torne

independente na RFR de maneira a conseguir realizá-la no domicílio; a adesão na VNI garantindo seu uso em casa; encontrar com a pessoa e cuidadores estratégias de maneira a que esta seja o mais independente possível na satisfação das suas NHF, realizando AVD com o menor dispêndio de energia e articular com os CSP.

Na ER a prevenção da complicação das incapacidades, a manutenção das capacidades presentes, o alcance do maior número possível de capacidades funcionais e a qualidade de vida, são princípios a ter em conta, tanto nas decisões clínicas como nas de gestão, que influenciam a eficiência e a eficácia dos cuidados. (Hoeman, 2000)

A EER é imprescindível na avaliação das necessidades formativas da equipa de enfermagem, conseguindo responder às necessidades com uma formação contínua.

A EER torna-se uma peça central na qualidade dos cuidados e eficiência destes, agindo de uma forma activa e segura, tendo por base um cuidar diferenciado e adaptado às necessidades da pessoa, a EER permite um crescimento da equipa de enfermagem dando visibilidade aos cuidados prestados pela equipa e por ela. Os cuidados de enfermagem são prestados num ambiente seguro, pois a tomada de decisão é partilhada por todos os enfermeiros, mas baseia-se muito na orientação fornecida pela EER.

Preocupada com o seu crescimento como EER é com empenho que ela continua a investir e a adquirir conhecimentos em ER potenciando assim um contínuo no desenvolvimento das suas competências.

Ao longo do EC consegui integrar me na equipa de enfermagem e na dinâmica do serviço. Consegui distanciar me do meu papel de enfermeira generalista para assumir um olhar diferente e mais específico como EER, tendo como preocupação a gestão da qualidade dos cuidados.

O meu papel na equipa de enfermagem foi ganhando maior peso no decorrer do EC, à medida que a minha segurança na avaliação da pessoa com patologia respiratória, formulação e implementação dos planos de reabilitação ia aumentando. Foi possível vivenciar um pouco a gestão dos cuidados de enfermagem e o peso da EER na dinâmica do serviço. Para isso é fundamental conseguir uma boa gestão do tempo e conseguir estabelecer prioridades, como EER. A solicitação diária da EER pela equipa

de enfermagem e o grande número de pessoas com necessidades alteradas e necessidade de cuidados em ER, bem como as exigências da própria gestão de cuidados implica um grande esforço diário e uma capacidade de organização e gestão do tempo exímia.

Apesar do pouco tempo passado na SVE tenho de salientar a importância deste EC pelo papel fundamental da EER na organização e gestão dos cuidados de maneira que a dinâmica do serviço permita um cuidar com qualidade das pessoas submetidas à VNI. A EER trabalha em estreita cooperação com a equipa médica, equipa de enfermagem do internamento e do HDIR. O acolhimento da pessoa submetida à VNI na SVE é fundamental permitindo transmitir segurança à pessoa. O estreito relacionamento com os outros serviços permite uma vigilância da pessoa submetida à VNI no regresso a casa. A EER é fundamental na monitorização criteriosa da realização de VNI, compreendendo o porquê da não adesão da pessoa e encontrando soluções para as dificuldades encontradas. Esta tem competências para a implementação de planos de reabilitação que favoreçam o sucesso da adesão à VNI.

No serviço de Medicina a EER também é um pilar na equipa de enfermagem, é responsável pela gestão e qualidade dos cuidados e pela realização de cuidados em ER.

A EER articula-se com a equipa médica, sendo esta articulação importante muitas vezes para protelar um regresso a casa prematuro devido a tempos de internamento cada vez mais curtos. Implementar planos de reabilitação implica uma grande gestão de tempo e uma grande articulação com a comunidade de maneira a dar continuidade ao que foi iniciado durante o internamento, para isso é fundamental o contacto com os CSP e a integração dos cuidadores no plano de reabilitação.

Em alguns casos o tempo de internamento foi tão curto que tive dificuldade em estabelecer um plano que permitisse um maior envolvimento dos cuidadores, pois é fundamental o papel destes no regresso a casa, na adaptação do próprio espaço físico e na capacidade do cuidador em cuidar da pessoa com incapacidade dando continuidade ao plano iniciado no internamento. No entanto esta dificuldade foi um desafio para estabelecer planos mais adaptados ao tempo de internamento, e

capacidade como EER em articular com todos os meios disponíveis para conseguir uma maior recuperação e um regresso a casa mais seguro.

A EER articula-se ainda com os serviços sociais, sendo esta colaboração importante no planeamento do regresso a casa, encontrando apoios e soluções na comunidade de maneira a capacitar a pessoa para a sua nova realidade.

Neste EC foi possível participar no projecto “Partilhar para Cuidar”, este projecto pretende melhorar a continuidade dos cuidados do meio hospitalar para os CSP. De maneira a dar continuidade ao plano de reabilitação iniciado no internamento, EER do meio hospitalar e dos CSP estão a desenvolver novas formas de comunicar sensibilizando cada grupo para a importância da reabilitação da pessoa com IM, abordando a importância da preparação do cuidador, posicionamentos, transferências, adaptação do meio onde a pessoa habita de maneira a eliminar barreiras arquitectónicas, capacitando assim um regresso a casa seguro. Neste âmbito foi possível estar presente no 1º Encontro Hospital-Centros de Saúde-Partilhar para Melhor Cuidar no dia 25 de Novembro de 2011. (APÊNDICE II)

Este projecto tem muito significado para mim uma vez que pretendo melhorar a comunicação entre meio hospitalar e CSP, de maneira a dar continuidade ao plano de reabilitação iniciado no domicílio. O EC permitiu adquirir competências como EER, tendo sempre em conta a segurança da pessoa, vontade desta e dos cuidadores. Este saber fazer com segurança irá assumir um maior peso no domicílio, uma vez que o meio é totalmente diferente do meio hospitalar.

O EER é ainda responsável pelas necessidades formativas da equipa de enfermagem. Ao avaliar quais as necessidades de cada elemento, o EER consegue fomentar um espírito de evolução e crescimento, pois cada pessoa mostra vontade em aprender em várias áreas de interesse para o serviço.

Para além disso, o EER integra vários projectos na área da reabilitação que envolve a formação a nível hospitalar do grupo de enfermeiros e assistentes operacionais, como na área da “Mecânica Corporal” e “Posicionamentos de conforto e terapêuticos”, com resultados positivos na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem. O envolvimento do EER nesta área é fundamental, pois é visível como as competências do EER conseguem ser uma mais-valia para a aquisição de competências nesta

temática, melhorando assim o dia-a-dia na qualidade dos cuidados e bem-estar dos profissionais.

A mobilidade de pessoas no leito é um procedimento que requer grande esforço físico e utilização adequada da mecânica corporal pelos enfermeiros. Um estudo mostrou que a maioria dos enfermeiros têm consciência dos esforços e desgaste físicos necessários para a realização da actividade de mobilização de pessoas acamadas e que encontram-se pouco preparados em relação ao uso de técnicas de mobilização correctas. Este estudo demonstra ainda que os enfermeiros necessitam ser orientados quanto aos riscos a que estão sujeitos e os possíveis danos que poderão sofrer, bem como é imprescindível o acesso destes profissionais a cursos que permitam a formação e aprimoramento profissional, procurando assim, diminuir o impacto de lesões nos mesmos. (Zanon e Marziale, 2000)

O EER tem competências para otimizar a prestação de cuidados, melhorando não apenas a qualidade dos cuidados prestados, mas também a vivência dos cuidados prestados por quem os presta. Como EER foi possível integrar este momento de formação, compreendendo o seu peso no dia-a-dia da equipa de enfermagem.

Os posicionamentos terapêuticos são muitas vezes desconhecidos pela equipa de enfermagem, pois a maioria desconhece a importância do uso destes na prevenção da instalação da espasticidade na pessoa com lesão cerebral. A importância destes posicionamentos é realçada pela EER durante as formações em que tive oportunidade de participar, melhorando assim o percurso para a recuperação da pessoa com lesão cerebral. A EER baseia-se no método de *Margaret Johnstone* na prestação de cuidados de ER à pessoa com AVC, que tem como objectivos utilizar posicionamentos opostos aos padrões da espasticidade mesmo antes de esta surgir, na fase inicial da doença logo nas primeiras horas e mantê-los nas 24 horas do dia tentando evitar a espasticidade; reeducar a função motora e sensitiva do lado afectado pela de estimulação dos reflexos posturais normais e segundo o padrão normal de desenvolvimento motor da criança e ainda executar actividades bilaterais tendendo a aumentar o equilíbrio entre os lados são e afetado. (Sabina, 2007)

Ser o elemento dinamizador da formação permite ao EER melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço, e também permitir que uma equipa esteja mais

alerta para as necessidades de uma pessoa, visando a sua recuperação.

É de salientar que no EC tive oportunidade de assistir ao Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação nos dias 1, 2 e 3 de Dezembro de 2011 com participação no *workshop* subordinado ao tema Ventilação Não-Invasiva, foi interessante conhecer realidades de oito países e conhecer alguns temas importantes para a ER. O *workshop* permitiu contactar com a VNI e aprofundar alguns conhecimentos nesta área. (APÊNDICE III)

A supervisão dos cuidados de enfermagem prestados pela equipa de enfermagem é da responsabilidade do EER, a equipa respeita a supervisão feita pelo EER, durante os EC senti que a equipa me aceitou neste papel, recorrendo frequentemente aos meus conhecimentos em reabilitação quando sentiam necessidade, nomeadamente para posicionamentos, transferências, e outros cuidados como na alimentação do doente com disfagia, tratamento de úlceras de pressão. Integrei-me facilmente na equipa como EER, senti-me confortável neste papel o que me deu bastante satisfação, apesar de inicialmente ter tido dificuldade em descolar-me do meu papel como enfermeiro de prestação de cuidados generalistas.

Para conseguir adquirir competências como EER foi fundamental aprofundar conhecimentos de maneira a cuidar da pessoa tendo como objectivos a maximização das suas capacidades, tendo por base a avaliação das 14 NHF. Através de instrumentos de colheita de dados elaborados para avaliar a satisfação das NHF e avaliar a pessoa relativamente à perda de autonomia, para assim auxiliar a pessoa no caminho da recuperação, facilitando a readaptação com especial foco nas necessidades que ele próprio não consegue readquirir.

Como EER e englobados no cuidar os registos de enfermagem são legalmente e eticamente um instrumento facilitador na continuidade de cuidados.

Um dos conceitos no modelo de Virginia Henderson é que os cuidados de enfermagem supõe o uso de um PC escrito, de facto os registos de enfermagem em reabilitação permitem sistematizar e dar continuidade ao plano de reabilitação. (Phaneuf, 2001)

Os registos de enfermagem permitem comunicar o essencial à equipa de cuidados, facilita a continuidade dos cuidados, fornece informação para seguir a evolução da

pessoa de um turno para o outro, facilita o diálogo entre a equipa multidisciplinar, mostra-se um trunfo precioso para a avaliação dos cuidados, consistem num documento legal, com uma obrigação profissional implícita e que assegura uma protecção legal tanto para a pessoa cuidada, como para o enfermeiro. (Phaneuf, 2001)

Em cada local de EC realizei registos de enfermagem de acordo com os protocolos existentes, sendo de salientar que no serviço de pneumologia os registos de ER eram realizados numa folha de registo de formulário fechado, sendo possível registar os vários parâmetros relacionados com os cuidados prestados como EER. A folha de registo era muito completa e facilitadora quanto à sistematização dos cuidados, ficando no processo clínico acessível a toda a equipa multidisciplinar. O facto de ser em formulário fechado facilitava o acesso à informação.

No segundo local de EC os registos eram informático, familiarizei-me com esta realidade, mas o registo informático não permite uma visualização da avaliação realizada pelo EER, nem uma rápida visualização do PC de ER. O processo de enfermagem é registado em linguagem CIPE, que é uma linguagem acessível após conhecê-la mas carece de objectividade, sendo extensa. De facto, registava diariamente o que era realizado com a pessoa, no entanto por ser um registo informático era complicado aceder ao que tinha sido anteriormente registado, não facilitando a continuidade de cuidados.

Estes 2 objectivos que pretendi atingir ao longo do EC foram alcançados através da prestação diária de cuidados de ER, integração na equipe de enfermagem dos locais de EC, como EER, participação em momentos de formação como EER e articulação interdisciplinar como EER.

Para ser EER é necessário a aquisição de competências de maneira a cuidar da pessoa com incapacidade e cuidadores de forma segura respeitando as necessidades de ambos. Como EER a pessoa com DPOC torna-se alvo de cuidados devido à incapacidade que pode surgir no percurso da doença, quando submetida à VNI a pessoa com DPOC está numa fase muito grave da doença, tendo cada vez mais necessidades afectadas. Importa então desenvolver os domínios de competências, delineando objectivos:

A.2, B.3, J J.2 J.2.2 J.3	Adquirir e desenvolver competência na área de ER na pessoa com DPOC submetida à VNI para promover a independência; Planear um regresso a casa da pessoa com DPOC submetida à VNI com segurança fomentando a independência.
--	---

O EC no serviço de pneumologia foi um local óptimo para o desenvolvimento de competências como EER, com maior ênfase para a pessoa com patologia respiratória.

A EER deste local de EC foi imprescindível permitindo um ambiente de aprendizagem que permitiu aprofundar conhecimentos na área da pneumologia, da RR e também na reabilitação motora. Este percurso neste EC permitiu-me evoluir diariamente como EER ao conseguir adequar a minha prática tendo como objectivo a reabilitação da pessoa para uma vida plena.

O serviço de pneumologia permitiu aprofundar vários conhecimentos devido ao grande leque de pessoas com diversas patologias respiratórias com várias necessidades de cuidados. Se inicialmente tinha algum receio desta área devido a algum desconhecimento, este EC veio colmatar esta lacuna e permitir a aquisição de uma nova maneira de cuidar, não apenas como enfermeira generalista, mas principalmente como EER.

Ao iniciar o EC tive necessidade de aprofundar conhecimentos de fisiopatologia de várias patologias respiratórias obstrutivas como a DPOC, a fibrose quística, a asma, a fibrose pulmonar, patologias respiratórias restritivas como o derrame pleural, o pneumotorax e também conhecimentos na neoplasia do pulmão.

Para além destas áreas também tive necessidade de aprofundar conhecimentos de anatomia e fisiologia do aparelho respiratório, sendo assim capaz de avaliar a pessoa com patologia respiratória e adequar um programa de reabilitação, respondendo às necessidades da pessoa.

Para cuidar da pessoa com DPOC como um todo é fundamental planificar o cuidado como EER. O sistema de planificação tem como objecto a pessoa, em todas as suas dimensões e situada num ambiente, tudo converge para a pessoa, numa finalidade bem definida, que é a prestação de cuidados de qualidade, personalizados, especializados e eficazes. (...) O processo de enfermagem inicia-se pela colheita de

dados, esta é a chave da planificação dos cuidados. A colheita de dados permite compreender melhor a pessoa e planificar cuidados apropriados. (Phaneuf, 2001)

Todo o programa de reabilitação baseia-se numa avaliação minuciosa da pessoa com patologia respiratória. Várias NHF podem necessitar de intervenção para serem satisfeitas, permitindo assim uma maior independência da pessoa. Ao longo do EC percebi como era importante como EER avaliar a pessoa de forma sistemática, baseando-me no Modelo Conceptual de Virginia Henderson. Todas as NHF são fundamentais para o bem-estar da pessoa e sua independência, é impossível implementar um programa de reabilitação sem perceber como cada necessidade não satisfeita irá influenciar outra e finalmente a qualidade de vida da pessoa.

Neste EC tive uma grande preocupação inicial na avaliação da NHF “respirar”, pois a avaliação correcta desta necessidade permite implementar um programa de RR. A RR era uma área temida por mim, tendo necessitado de aprofundar conhecimentos, mas só através da prática consegui adquirir competências nesta área. A RR deixou de ser temida para ser amada ao observar os benefícios desta na independência e bem-estar da pessoa com patologia respiratória.

De maneira a desenvolver um programa de RR tive de aprimorar a avaliação da pessoa com patologia respiratória. No serviço existia uma folha de avaliação e registos dos cuidados de ER realizados, mas tive necessidade de elaborar um guião de avaliação para melhor estabelecer o PC que respondesse às NHF afectadas. Os seguintes itens eram integrados na avaliação da pessoa: condições familiares, habitacionais e sociais, história de doença pregressa, história actual da doença, terapêutica. (APÊNDICE IV)

Menoita e Cordeiro (2012, p. 21) citando Cox (2005) dizem nos que:

“às alterações na prestação de cuidados de saúde, os enfermeiros estão a aumentar a sua prática para incorporar a colheita de dados da história e o exame físico na sua área (...)os enfermeiros têm se tornado cada vez mais bem informados e competentes nos complexos cuidados aos doentes com problemas respiratórios”.

A NHF “respirar” implicava uma avaliação do padrão respiratório, a auscultação pulmonar (AP), a palpação torácica, a inspecção torácica, os sintomas respiratórios como a dispneia tosse, expectoração e cansaço. A dispneia foi avaliada com uma escala de dispneia classificada em 4 graus utilizada no serviço do EC. A dispneia e o cansaço foram avaliados com a Escala de Borg modificada a sua aplicação é mais objectiva que a Escala de Borg, pois baseia-se na avaliação da frequência cardíaca após exercício físico permitindo uma interpretação que permite melhor monitorizar a evolução da pessoa. Também foi utilizada a *Escala London Chest Activity of Daily Living* cuja avaliação incide na capacidade em realizar AVD. (ÂPENDICE IV)

A AP era uma grande lacuna inicialmente, mas ao longo do EC foi possível desenvolver competências nesta área conseguindo identificar sons e ruídos permitindo uma adequação do programa de RR, monitorizando assim a eficácia da RR. A AP é um instrumento incontornável na RR, permitindo uma prática segura.

Ao longo do EC consegui desenvolver maior facilidade na inspecção estática e dinâmica da pessoa com patologia respiratória, tendo sido fundamental a orientação da EER e também a possibilidade de ter cuidado não apenas da pessoa com DPOC mas também com outras patologias respiratórias como fibrose quística, derrame pleural, neoplasia do pulmão, permitindo assim uma maior e mais diversa experiência.

A interpretação dos exames complementares permitem um cuidar em ER mais adequado às necessidades da pessoa. A interpretação da radiografia (RX) do tórax foi amplamente realizada no EC, permitindo adquirir competências nesta área tão fundamental para prestar cuidados em ER. Para Menoita e Cordeiro (2012, p. 45)

“o RX torácico continua a ser um exame fundamental , dado que a interpretação de imagens radiológicas fornece pontos de orientação importantes e constitui uma mais-valia para o EER, permitindo-lhe avaliar a existência ou não de patologia respiratória, avaliar a evolução da doença e as respostas à sua intervenção terapêutica. (...) É fundamental integrar a interpretação das imagens radiológicas no contexto clínico e na história clínica da pessoa.”

A interpretação da gasimetria permitiu-me adequar cuidados de ER de maneira a melhorar a capacidade ventilatória da pessoa com patologia respiratória. Severino e Dias (2012, p.51) dizem nos que

“a obtenção de valores gasimétricos na pessoa portadora de patologia respiratória permite uma maior assertividade no planeamento e intervenção junto dos mesmos. Constituindo uma mais-valia nos resultados obtidos aquando sua inclusão num plano de cuidados de ER.”

A avaliação respiratória permitiu implementar PC adaptados às necessidades respiratórias da pessoa. Mas a pessoa tem outras NHF que necessitam ser satisfeitas e contempladas na sua reabilitação. Os PC abordavam a pessoa tendo em conta todas as necessidades, uma vez que a patologia respiratória não altera apenas a necessidade respirar, mas também, devido a incapacidade originada pela patologia, outras necessidades.

A pessoa com DPOC tem várias NHF afectadas devido à dependência que a DPOC gere. A NHF “comer/beber” implica uma avaliação minuciosa pois existe uma deficiência nutricional relacionada com a DPOC. O desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético parece ocorrer na maioria dos casos. São vários os factores que podem levar a uma ingestão inadequada de alimentos, como a dificuldade na mastigação e deglutição decorrentes da dispneia, tosse, expectoração e fadiga. O gasto energético aumentado pode ser atribuído ao hipermetabolismo decorrente de um aumento do trabalho dos músculos respiratórios. (Menoita e Cordeiro, 2012)

A NHF “mover-se e manter uma postura correcta” encontra-se alterada influenciando outras NHF relacionadas com AVD, como “vestir-se e despir-se”, “estar limpo e proteger os tegumentos”. A dispneia e fadiga e as alterações musculares influenciam a capacidade da pessoa mover-se e realizar AVD, alterando outras NHF como “evitar perigos”, “comunicar com os seus semelhantes”, “praticar sua religião e agir segundo as suas crenças”, “ocupar-se de forma a sentir-se útil”, “divertir/realizar actividades recreativas” e “aprender”. É então fundamental perceber o que está alterado de maneira a adequar o PC. Ao longo do EC a avaliação incluiu todas as NHF, pois apenas assim se irá melhorar a capacidade da pessoa e torna-la mais independente.

A avaliação da pessoa com patologia respiratória permitiu a implementação de PC que abrangessem as NHF, 2 PC foram fundamentais para a minha aprendizagem. Um deles por tratar-se de uma pessoa com DPOC submetida à VNI (APÊNDICE V) e outra por abordar uma patologia pouco conhecida para mim a fibrose quística. (APÊNDICE

VI). A pesquisa bibliográfica necessária permitiu-me cuidar destas pessoas, fundamentando o que era realizado.

Parte integrante do plano de reabilitação a RFR foi realizada ao longo do EC com grande evolução pessoal. A possibilidade de realizar RFR em pessoas com várias patologias respiratórias permitiu-me adaptar e perceber o que seria mais benéfico para cada pessoa, tendo por base a patologia.

De maneira a reduzir a tensão psíquica e muscular foram realizadas técnicas de relaxamento e descanso e consciencialização e controlo da respiração. A tomada de consciência e controlo da respiração permite à pessoa melhorar a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios, melhorar a capacidade em controlar a sua respiração, contribuir para o relaxamento da cintura escapular levando a uma ventilação eficaz (Menoita e Cordeiro, 2012 citando Olazabel, 2003)

No EC foi comprovada a eficácia destas técnicas, ao tomar consciência da respiração e ao relaxarem a cintura escapular a pessoa com DPOC melhora a ventilação e consequentemente as trocas gasosas. Relaxar diminuía também a ansiedade causada pela dispneia.

Na prevenção e correcção dos defeitos ventilatórios foram realizadas as seguintes técnicas: expiração com os lábios semi-cerrados. Para Menoita e Cordeiro (2012, p. 69) “é uma técnica útil para ajudar a lidar com a dispneia, como na pessoa com DPOC, durante a realização de AVD”. No EC foi possível aplicar esta técnica ajudando a lidar com a dispneia.

A respiração diafragmática contribuiu para a redução do trabalho respiratório, proporcionando uma maior excursão do diafragma, melhorando a eficiência da ventilação.

Também foram realizados exercícios de reeducação abdomino-diafragmática global, da porção posterior com ou sem resistência, tendo a maioria das pessoas realizado com resistência no decorrer do programa de RR, da hemicúpula direita e esquerda e em apenas uma pessoa com asma foi realizado exercícios de reeducação abdomino-diafragmáticos da porção anterior.

Os exercícios de reeducação costal global com bastão permitiram promover a expansão torácica, melhorando a distribuição e ventilação alveolar.

Os exercícios de reeducação costal lateral direito e esquerdo com abertura costal, permitem para Menoita e Cordeiro (2012, p. 83) “promover e recuperar a mobilidade costal, favorecendo a expansão pulmonar e torácica do lado afectado”. Estes exercícios foram realizados durante o EC, foram também eficazes para facilitar a mobilização das secreções ao longo da árvore brônquica. Foram introduzidos pesos em algumas pessoas de maneira a aumentar a tolerância ao exercício e aumentar o fortalecimento muscular dos membros superiores, aumentando a capacidade de realização de AVD, com menor cansaço.

Para assegurar a permeabilidade das VA foi realizado durante o EC drenagem postural modificada dos vários lobos pulmonares, manobras de limpeza das VA como o ensino da tosse dirigida e assistida, a realização de manobras acessórias, a percussão e vibração, esta última com alguma dificuldade inicialmente melhorando no decorrer do EC. Também foi realizado o Ciclo Activo das Técnicas Respiratórias auxiliando a mobilização e expulsão das secreções, em pessoas com DPOC, fibrose quística.

Este EC permitiu-me a utilização de dispositivos de ajuda durante a RFR de maneira a ajudar a progressão das secreções pela árvore brônquica facilitando sua expulsão. Na pessoa com DPOC e fibrose quística e com capacidade cognitiva para realizar o “flutter” este foi de facto uma mais-valia na eliminação de secreções. Em pessoas com dificuldade na utilização de “flutter” foi-me possível utilizar o “acapella”, este dispositivo de mobilização de secreções foi extremamente vantajoso nas pessoas que não toleravam o levante ou com incapacidade cognitiva. Tenho de salientar a possibilidade que me surgiu neste EC de utilizar o “cough assist” numa pessoa com atelectasia pulmonar bilateral no contexto de uma DPOC, com uma pneumonia e deterioração do estado mental e físico. Para Sousa e Duque (2012, p. 222) “Este dispositivo mecânico não invasivo, também conhecido como um dispositivo de insuflação-exsuflação mecânica, permite simular tosse natural, garantindo um débito aéreo eficaz (através de uma insuflação máxima, seguido da aplicação imediata de uma pressão negativa que permite a eliminação e aspiração de secreções).” Este dispositivo foi uma ajuda preciosa para a mobilização de secreções profundas, tendo sido possível realizar a

aspiração destas com maior sucesso e melhoria da dispneia. Foi possível observar uma melhoria da imagem radiológica do pulmão afectado nesta pessoa.

É também de referir a utilização do “*threshold*” numa pessoa com DPOC, submetida à VNI nocturna. Este dispositivo de TMI é para Yasar et al. (2012, p.1) “*generally applied to the patients with chronic obstructive pulmonary disease. This method helps to reduce the inspiratory workload by increasing the power of the inspiratory muscle and also to prevent the carbon dioxide retention.*” A utilização deste dispositivo permitiu uma melhoria da dispneia, cansaço e tolerância ao esforço.

Durante o EC foi possível realizar exercícios de mobilização torácica. Para prevenir e diminuir a hipomobilidade torácica, diminuindo volumes e capacidades pulmonares, em pessoas com DPOC com hiperinsuflação pulmonar, fibrose quística ou derrame pleural, é essencial realizar exercícios de mobilização torácica que combinam movimentos activos do tronco, membros superiores e cintura escapular. (Menoita e Cordeiro, 2012)

Todos estes exercícios favoreceram a capacidade ventilatória da pessoa com patologia respiratória, melhorando a mobilização das secreções, facilitando a expulsão e melhorando o padrão respiratório corrigindo defeitos e sintomas. Ao longo do EC foi comprovada a eficácia da RFR ao observar melhoria da função respiratória com melhoria da dispneia e cansaço, diminuição das secreções com tosse mais eficaz, com melhoria das imagens radiológicas do tórax, melhoria da AP e dos valores gasimétricos.

O treino de exercícios com a pessoa com DPOC também foi possível durante o EC, tendo sido realizado treino de marcha com oxigenoterapia, treino muscular dos membros superiores com diminuição da dispneia e cansaço. O treino de marcha foi realizado no corredor do serviço com avaliação da oximetria, ciclo respiratório, pulsação e tensão arterial no início, a meio e final. Para além da pessoa com DPOC foi possível realizar este treino com uma pessoa com empiema pulmonar e alterações cognitivas, foram utilizadas estratégias como a utilização de um “carro de compras” que servia de dispositivo de auxílio na marcha como também de suporte para o cilindro portátil de O₂. Foi possível observar melhoria na capacidade e tolerância ao esforço durante o EC.

Foi também possível realizar ensinamentos relativamente às técnicas de conservação de energia para a pessoa com DPOC conseguir realizar o máximo de AVD com o menor dispêndio de energia, sendo assim mais independente no dia-a-dia. Foi fundamental perceber que condições arquitectónicas existiam no domicílio, e que AVD seriam treinadas de maneira a favorecer a independência da pessoa.

Ao longo do EC tive a oportunidade de desenvolver competências na pessoa com VNI. A VNI veio auxiliar a recuperação da pessoa com DPOC. Na pneumologia foi possível adquirir na implementação de VNI na exacerbação e como terapêutica domiciliar.

Tinha a necessidade de adquirir competências na VNI nos vários momentos em que esta é necessária, de acordo com a situação clínica da pessoa: na exacerbação e no domicílio. Foi fundamental ter tido contacto com VNI nestas 2 realidades e ter percebido o benefício desta para a pessoa.

No serviço de pneumologia a VNI é iniciada no internamento na exacerbação com a presença da EER. Foi possível adquirir competências ao: explicar à pessoa a finalidade da VNI, como colaborar e como era fundamental a sincronização com o ventilador; escolher a interface mais adequada; ao montar o circuito; ao introduzir os parâmetros prescritos no ventilador avaliando qual a evolução da pessoa. Lidar com a pessoa com DPOC durante uma exacerbação e poder implementar a VNI permitiu-me ter um primeiro contacto com a VNI, foi notória a melhoria de algumas pessoas após iniciar a ventilação, com melhoria dos sintomas e da oximetria.

A VNI também é utilizada para além das exacerbações, como terapêutica de manutenção, principalmente no período nocturno. Foi possível ao longo do EC promover a participação da pessoa submetida à VNI reforçando explicações sobre possíveis desconfortos relacionados com a VNI, resolvendo-os quando estes surgiam diminuindo conseqüentemente a ansiedade e realizando RFR.

A RFR deve estar aliada à VNI sendo fundamental implementá-la nos intervalos em que a VNI não é utilizada, mas também durante a realização desta, especialmente se realizada por longos períodos diurnos. No EC a RFR foi realizada à pessoa com DPOC submetida à VNI nocturna com melhoria da gasimetria, melhoria da dispneia e cansaço e maior tolerância ao esforço.

Foi possível comprovar que a RFR na pessoa submetida à VNI permite reduzir o medo e ansiedade, diminuir o trabalho respiratório, através de posições de descanso e relaxamento e mobilizações da cintura escapular, melhorar as trocas gasosas utilizando exercícios de dissociação e controlo da respiração, mobilizar e eliminar secreções, facilitando a sua drenagem e mecanismos de expulsão eficazes.

A RFR promove ainda a participação e adesão da pessoa, promove a sincronia e adaptação à interface e ao ventilador, melhora a relação ventilação/perfusão.

Como EER importa conciliar a realização de VNI e as AVD, sendo fundamental realizar ensinamentos neste sentido, englobando sempre o cuidador. Neste EC foi possível realizar a preparação do regresso a casa da pessoa com DPOC submetida à VNI, focando-me na RFR, nas técnicas de compensação de energia ao realizar AVD nos intervalos da VNI e na realização de exercícios adaptados às capacidades da pessoa.

Foi no EC realizado na SVE do HPV que adquiri competências como EER na realização de VNI no domicílio, estas competências foram reforçadas durante o EC no HDIR na VD.

A VNI é hoje em dia amplamente utilizada como terapêutica de suporte domiciliária na pessoa com DPOC. A existência de um serviço como a SVE permite o acompanhamento da pessoa submetida à VNI, a EER avalia a adesão da pessoa e caso esta não seja a adequada tem competências para actuar na causa: parâmetros ventilatórios, equipamento inadequado, efeitos secundários ou outro problema associado como infecção respiratória, em alguns casos falta de motivação. Neste caso o ensino é fundamental de maneira à pessoa e cuidador compreenderem os benefícios da VNI.

Na SVE foi perceptível a importância de realizar ensinamentos à pessoa e cuidador relativamente ao cuidado da própria pessoa, do ventilador e interface. Foi fundamental conhecer a situação clínica, a motivação da pessoa para a realização da VNI, o apoio do cuidador, tipo de habitação e barreiras arquitetónicas presentes nesta, o apoio fornecido pela entidade responsável pelo fornecimento e manutenção do material, sendo fundamental a pessoa e cuidador também serem capazes de recorrer à empresa sempre que surgir algum problema técnico.

Na SVE foi possível conhecer e manusear vários ventiladores com várias modalidades como *Bilevel Positive Pressure Airways* (BIPAP) mais utilizado em patologias como a DPOC, cifoescolioses, insuficiência respiratória crónica, *Continuous Positive Airways Pressure* (CPAP), principalmente usado na síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e um servoventilador projectado especificamente para tratar a apneia central do sono em todas as suas formas. Este servoventilador trata a SAOS e a apneia central do sono, normaliza a respiração e inibe a respiração de *Cheyne-Stokes*, sendo principalmente utilizado na insuficiência cardíaca congestiva.

Como EER foi fundamental desenvolver competências nesta área, pois cuidar da pessoa com DPOC submetida à VNI no regresso a casa implica para além de um programa de reabilitação, uma vigilância do uso da VNI, monitorizar o que é feito, perceber a razão que leva uma pessoa a não realizar VNI, tentar resolver a razão, caso seja possível no próprio domicílio, quando impossível contactando o local onde a VNI foi prescrita. Os cuidados prestados na SVE tem continuidade com a equipa de enfermagem de VD do HDIR, sendo indispensável a ida a casa da pessoa conseguindo assim implementar o que foi iniciado em meio hospitalar. A passagem pelo HDIR, na VD veio permitir vivenciar o dia-a-dia de pessoas com patologia respiratória submetidas à OLD e VNI nocturna no seu próprio domicílio. Conhecer o domicílio permite uma maior adesão da pessoa pois é possível adaptar a arquitectónica da casa diminuindo barreiras e treinar AVD com maior eficácia.

É de salientar que ao longo do EC fomentei sempre a necessidade de inclusão e socialização da pessoa com patologia respiratória, tentando ensinar estratégias que possibilitassem uma participação social da pessoa, desde sair à rua, praticar actividades de lazer, praticar desporto e conhecer a comunidade que rodeia a pessoa e quais os recursos existentes nesta.

O desenvolvimento de competências como EER no regresso a casa da pessoa com DPOC submetida à VNI irá continuar a ser necessário à medida que o meu percurso como EER nos CSP se irá desenvolvendo. No entanto, penso ter adquirido competências para conseguir traçar um programa de reabilitação que se adapte às necessidades de uma pessoa com patologia respiratória, dando continuidade no domicílio ao iniciado em meio hospitalar.

A pessoa com incapacidade sensorio-motora e de eliminação necessita de auxílio na satisfação das várias NHF alteradas. Como EER é fundamental desenvolver competências que permitam guiar esta pessoa para um maior estado de independência, com maior qualidade de vida.

A.2	Adquirir e desenvolver competência na área de ER na pessoa com incapacidade sensorio-motora e de eliminação para promover a independência;
B.3	
J	Planear um regresso a casa da pessoa com incapacidade sensorio-motora e de eliminação com segurança fomentando a independência.
J.2	
J.2.2	
J.3	

Guiar a pessoa com IM para a satisfação das NHF, para a independência, implica um respeito pela própria pessoa e pelos cuidadores.

Foi com dificuldade que iniciei este percurso, direccionei o meu cuidar para o Acidente Vascular Cerebral (AVC), pois é uma situação que causa incapacidade sensitivo-motora e na eliminação e tem um grande peso como patologia em termos pessoais, familiar, social e profissional. Sendo enfermeira dos CSP, o regresso a casa é uma grande preocupação, pois os cuidadores carecem muitas vezes de um acompanhamento após a alta, no momento em que eles mais o necessitam.

Foi necessário aprofundar conhecimentos na área da neurofisiologia, dos vários tipos de AVC, dos sintomas. O AVC é uma patologia complexa e imprevisível, sendo necessário conhecimentos profundos para realizar uma avaliação cuidada, de maneira a elaborar um plano de reabilitação que respondesse a todas as necessidades da pessoa com AVC.

Para Ferro (2006, p. 77) “o AVC é uma das afecções neurológicas agudas mais comuns, é uma doença súbita, que afeta uma zona localizada do encéfalo, produzindo sinais e sintomas deficitários causados pela perda de função da área afetada”.

A avaliação da pessoa com AVC é fundamental para a implementação do plano de cuidados em ER que potencializem as capacidades da pessoa. Toda a pessoa com IM revela alterações de NHF que deverão ser avaliadas de modo a auxiliar a pessoa e cuidador na satisfação das mesmas. Como não existia nenhum instrumento de avaliação no EC foi necessário elaborar um instrumento de avaliação que me orientasse na colheita de dados e implementação do programa de reabilitação,

permitindo também direccionar o meu estudo dando resposta às NHF afectadas. (APÊNDICE VII)

Na avaliação da pessoa com IM, como o AVC foram incluídos os dados pessoais, como a idade, o que fazia, com quem vivia, patologias e internamentos anteriores, medicação habitual. Estes dados eram colhidos do processo clínico, não sem alguma dificuldade inicialmente, uma vez que no local de EC o processo clínico, processo de enfermagem e exames complementares encontram-se em formato informático.

No processo clínico eram também colhidos outros dados fundamentais como o que tinha trazido esta pessoa ao hospital, que sintomas apresentava e os resultados dos exames complementares como a Tomografia Axial Complementar Crânio Encefálica (TAC CE) ou a Ressonância Magnética Nuclear Crânio Encefálica (RMN CE) conseguindo com estes perceber qual o diagnóstico clínico.

Após a colheita destes dados, iniciava então a minha observação que incluía avaliação do estado de consciência, segundo a escala de Glasgow, avaliação da força muscular, segundo escala de Lower, avaliação do tónus muscular segundo escala modificada de *Ashworth*, avaliação da amplitude articular com o auxílio do goniómetro e utilização da escala internacional de AVC do *National Institute of Health* (NIHSS). Todas estas avaliações eram realizadas em todos os segmentos e movimentos do corpo. (APÊNDICE VII)

O equilíbrio estático e dinâmico também era avaliado, assim como a sensibilidade térmica, dolorosa, táctil, postural e vibratória. Também era realizado uma avaliação dos 12 pares cranianos, tendo sido nesta área a minha maior dificuldade. Ao longo do EC foi possível através de várias avaliações da pessoa com AVC ganhar maior sensibilidade e competências nesta área, tendo o treino sido fundamental e a utilização do guia que elaborei para a colheita de dados.

A independência na realização das AVD também era avaliada, de acordo com as NHF através da escala de Katz modificada. (APÊNDICE VII)

Após formular diagnósticos foram decididos objectivos e actividades adaptadas às NHF afectadas. Para prestar cuidados de ER à pessoa com AVC o método utilizado foi o de *Margareth Johnstone*. Para Sabina (2007, p. 67)

“Este é o método primeiramente usado pelos EER. (...) Centra a sua atenção nos vários factores que interferem na função motora a nível medular, do labirinto e do córtex e no desenvolvimento psicomotor da criança. Preconiza técnicas de tratamento orientadas sobre o lado afectado com o fim de reduzir a assimetria da metade do corpo”.

Foi necessário a elaboração de vários PC de maneira a adquirir competências ao longo deste EC respondendo às NHF afectadas da pessoa. Ao longo do EC consegui adquirir competências, conseguindo estabelecer PC que melhor respondessem às NHF afectadas da pessoa e desenvolvessem suas capacidades, os PC foram ao encontro das NHF da pessoa com AVC, o primeiro PC foi elaborado com dificuldade, tendo o último sido implementado com maior facilidade, após aprofundar conhecimentos e adquirir competências na reabilitação sensitivo-cognitiva e na eliminação. (APÊNDICE VIII)

A NHF “mover-se” foi amplamente abordada durante o EC. A realização de mobilizações passivas, activas, activas assistidas e resistidas de acordo com a capacidade de cada articulação da pessoa cuidada, foi fundamental para a aquisição de competências como EER, e claro no plano de reabilitação à pessoa com AVC. Para além das mobilizações também a realização de actividades terapêuticas, como a ponte, rolar na cama aumentando a força, o tónus muscular e a sensibilidade, evitando a instalação da espasticidade do membro afectado, preparando para a posição de pé de sentado e para a marcha, os cuidadores foram sempre envolvidos neste treino, aproveitando todos os momentos de permanência destes no serviço.

Para conseguir estabelecer um treino de marcha, o plano deve incluir exercícios de mobilização e actividades terapêuticas que se destinam a preparar os músculos utilizados na marcha, praticar a manutenção do equilíbrio sentado e em pé, e conseguir capacidades adaptativas para ficar de pé, através de produtos de apoio. (Hoeman, 2000).

O objectivo do EER é ensinar o programa de mobilizações à pessoa e cuidadores e encorajar a participação activa, demonstrar o programa de mobilizações, acompanhar a pessoa e cuidadores enquanto praticam e delegar responsabilidades à pessoa e cuidadores pelo programa, integrando-o como uma AVD. (Hoeman, 2000)

O envolvimento dos cuidadores inicia-se precocemente de maneira a possibilitar o ensino destes, para um regresso a casa com segurança da pessoa com AVC. Pois a recuperação da capacidade motora e a integração por parte da pessoa do lado afectado, são o primeiro passo para a maximização das suas capacidades.

A prevenção da instalação do padrão espástico esteve sempre incluída em todo o plano de reabilitação, de facto tanto as alternâncias de decúbito em padrão anti-espástico como os exercícios tiveram um efeito positivo na recuperação das pessoas cuidadas, tendo sido fundamental o envolvimento dos cuidadores, mas também da equipa de enfermagem ao dar continuidade ao plano nos turnos em que o EER não está presente.

O treino de equilíbrio fez parte integrante do plano de reabilitação da pessoa com AVC, inicialmente sentado, e após iniciar o levante de pé, sempre com o máximo de segurança possível. A recuperação do equilíbrio é o primeiro passo para a recuperação da marcha. Durante o EC tive oportunidade de realizar treino de equilíbrio, e também treino de marcha, assim foi possível através da prática treinar estas técnicas, ganhando maior segurança ao longo do tempo.

Foram desenvolvidas capacidades nas NHF “estar limpo”. A independência em uma pessoa manter-se limpo e cuidado é uma necessidade cuja satisfação permite manter a saúde física, psicológica e social. Esta necessidade varia em função da pessoa, e são vários os fatores intervenientes, como a educação, hábitos de higiene, saúde e condições habitacionais. (Cruz et al., 2007)

Ao longo do EC, consegui conhecer por intermédio dos cuidadores como seria a casa de banho da pessoa com AVC, seus acessos, barreiras arquitetónicas presentes, e como deverá ser feito o ensino em termos de transferência, de acordo com as capacidades da pessoa e dos cuidadores, de maneira a ser o mais seguro possível, e claro na necessidade da utilização de produtos de apoio, e como obtê-los. Respeitando sempre os hábitos anteriores ao AVC.

A NHF “vestir/despir” também foi treinado, pois nesta actividade reflete-se muito a autoestima da pessoa com AVC, escolher o vestuário e poder vestir o escolhido tem um peso fundamental nesta. “Vestir” constitui uma comunicação não-verbal, de exprimir os seus valores individuais e reflete hábitos de vida. Uma pessoa numa situação pode

ter dificuldades em satisfazer esta NHF comprometendo todo o processo de reabilitação. (Cruz et al., 2007)

Outras actividades que influenciavam a NHF “comer e beber” foram grandemente abordadas com a pessoa e cuidadores. A preparação dos alimentos, sua adequação as capacidades de deglutição da pessoa assume um papel fundamental no bem-estar e segurança da pessoa.

A satisfação da NHF “eliminação”, com o objectivo da pessoa ser o mais autónomo possível foi a mais difícil de atingir durante o EC. Avaliar a causa da alteração foi complicada para mim, no entanto penso que no final tive maior facilidade em arranjar estratégias que permitissem maior controlo do esfíncter por parte da pessoa, estratégias adaptáveis ao regresso a casa. Estas estratégias foram colocar o urinol, arrastadeira ou levar a pessoa à casa de banho em intervalos estabelecidos, de maneira a evitar que a pessoa evitar urine na fralda. Deixar o urinol na grade da cama ou algum dispositivo de fácil alcance para a pessoa conseguir pedir apoio assim que sentisse vontade de urinar.

Ao longo do EC, e na implementação do plano de reabilitação foi sempre contemplada a expressão dos sentimentos por parte da pessoa com AVC e cuidadores, esforcei-me sempre na adaptação do programa de reabilitação ao domicílio, incentivando a participação social da pessoa e cuidadores, através da procura dos meios existentes na comunidade que permitissem auxiliar a pessoa com AVC a desenvolver o máximo das suas capacidades.

Satisfazer as NHF permite que a pessoa cuidada seja o mais independente possível permitindo que esta possa realizar AVD essenciais para a vida como “comer e beber” ou “eliminar”, outras AVD instrumentais como utilizar meios de transporte, usar o telefone foram menos abordadas com os cuidadores, apesar de fundamentais para a participação social da pessoa o tempo com os cuidadores era tão pouco que o foco do meu cuidado recaiu nas AVD essenciais para a vida.

Este EC proporcionou vários desafios que foram relatados através de reflexões que permitiram uma análise de cada situação e consequente aquisição de ferramentas como EER. (APÊNDICE IX)

Cuidar da pessoa com AVC em todas as NHF afectadas é um trabalho árduo, que só fez sentido com a inclusão dos cuidadores neste processo, pois capacitar a pessoa para uma vida o mais independente possível implica tempo, paciência e motivação por parte da pessoa, cuidadores e EER. No EC os cuidadores assumiram um papel importante, pois são estes que irão dar continuidade ao plano de reabilitação no regresso a casa.

O aumento da necessidade de apoio a pessoas dependentes acometidos pela doença emerge, portanto, como um problema prioritário nas políticas sociais, de saúde e económicas dos países desenvolvidos, da qual Portugal não está isento. O facto de as instituições de saúde terem cada vez maiores dificuldades em dar resposta às necessidades das pessoas dependentes, tem levado as famílias a assumirem o cuidado aos seus membros com necessidades. A prestação de cuidados a pessoas dependentes impõe aos cuidadores informais uma larga sobrecarga emocional, financeira, física, social e familiar, difícil de ultrapassar. A necessidade do apoio profissional e de informação sobre os cuidados a ter com a pessoa, a forma de lidar com esta e com a evolução da doença são as necessidades mais comumente referenciadas pelos cuidadores. (Marques, 2005)

Tendo isto em conta e resultando da minha realidade com enfermeira de CSP e EER tive a oportunidade de realizar durante o EC um guia para o cuidador da pessoa com AVC, que ajudasse o cuidador este novo papel. A realização deste guia permitiu-me sistematizar os ensinamentos aos cuidadores, aproveitando melhor o tempo de internamento da pessoa com AVC, por vezes demasiado curto. (ANEXO X)

Neste EC a RR foi abordada com uma pessoa com DPOC tendo sido realizada técnicas de RFR com melhoria da dispneia, mobilização e expulsão das secreções.

Como EER consegui desenvolver as competências na pessoa com IM, penso que como enfermeira de CSP estas competências poderão continuar a ser desenvolvidas em contexto domiciliário dando continuidade aos cuidados de enfermagem em reabilitação iniciados no internamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de competências como EER implicou a elaboração do Projeto sobre uma área temática de interesse pessoal e profissional - Intervenções do EER à pessoa com DPOC submetida à VNI, no regresso a casa.

Como enfermeira de CSP este projecto conciliava não apenas a aquisição de competências como EER, mas também a possibilidade de dar continuidade a este projecto no meu futuro papel como EER.

A DPOC, como doença incapacitante, tem um impacto físico, psíquico e social, gerando um ciclo cada vez mais incapacitante para a pessoa com DPOC. Não poder realizar AVD, sua actividade profissional e social conduz a um isolamento social e frequentemente à depressão, que só poderá piorar a condição desta pessoa.

Ao piorar o seu estado clínico, a pessoa com DPOC pode necessitar de realizar VNI, uma terapêutica utilizada de maneira a reduzir a retenção de CO₂, o esforço dos músculos respiratórios, melhorar as trocas gasosas, diminuir a dispneia e consequentemente os internamentos hospitalares por exacerbações.

No caminho para atingir a maior autonomia e qualidade de vida é fundamental como EER intervir na pessoa com DPOC submetida à VNI. Uma avaliação criteriosa das 14 NHF da pessoa, permite a implementação de um plano de reabilitação em que seja contemplado todo um programa de RR que permita melhorar a capacidade pulmonar, mobilizar e eliminar secreções, diminuir a dispneia e permitir uma maior sincronia com a VNI. Ao melhorar toda a capacidade pulmonar, a pessoa com DPOC irá conseguir realizar exercícios de tolerância ao esforço e de fortalecimento muscular.

No seu regresso a casa é fundamental avaliar qual a realidade da pessoa, de maneira a melhor adaptar as técnicas de compensação de energia, conseguindo que a pessoa com DPOC realize suas AVDs e consiga participar e integrar a sociedade, no máximo das suas capacidades. A VNI domiciliar é parte integrante da reabilitação da pessoa com DPOC, sendo fundamental auxilia-la neste momento que acarreta dificuldades físicas, psicológicas, familiares e económicas. O EER tem competências para cuidar da pessoa com DPOC no domicílio, tanto na continuidade do plano de reabilitação como na adaptação do domicílio à sua nova condição.

Os vários EC permitiram-me a aquisição de conhecimentos e competências, permitindo-me dar resposta às necessidades da pessoa com DPOC submetida à VNI, no regresso a casa.

Adquirir competências como EER implicou-me assimilar novos saberes e fazeres, esta aquisição de competências passou pela prática de cuidados de enfermagem em reabilitação ao longo dos EC propostos. Foi uma viagem longa e difícil, com vários momentos de desânimo e desmotivação, ultrapassados pela vontade de um dia ser EER e cuidar de pessoas com qualidade, desenvolvendo suas capacidades e possibilitando que elas voltem a integrar e a participar na sociedade.

Para além de responder ao meu projecto pessoal, outras competências como EER foram desenvolvidas. Como enfermeiro especialista desenvolvi competências nos domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Alguns domínios foram mais desenvolvidos que outros, de acordo com as minhas necessidades pessoais como EER, esperando no futuro desenvolver todas estas áreas plenamente.

Como EER desenvolvi competências específicas como preconizado pela OE ao cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados, ao capacitar a pessoa com incapacidade para a reinserção e exercício da cidadania e ao maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. Todas estas competências terão de continuar a ser desenvolvidas como EER.

O meu percurso não termina aqui, de facto inicia-se um longo caminho onde irei continuar a desenvolver o meu papel e competências como EER na comunidade, continuando a investir na minha formação e crescimento como EER. Este novo papel implica novas responsabilidades como enfermeiro, com a esperança de ser uma mais-valia para a equipa de enfermagem e para as pessoas que irei cuidar.

O futuro é incerto, espero conseguir desempenhar as minhas funções em enfermagem em reabilitação, esperando melhorar a qualidade dos cuidados e conseguir responder aos novos desafios que irão surgir.

7. BIBLIOGRAFIA

- Bárbara, Cristina (2003). Patogenia e Fisiopatologia da DPOC. In: Marques Gomes, Maria João e Sotto-Mayor, Renato - **Tratado de Pneumologia** - Volume I (pp. 855-874). Lisboa: SPP.
- Basto, Marta Lima (2007) in: Henderson, Virginia (2007). **Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE**. (pp. XI-XIV). Loures: Lusodidacta ISBN 978-989-8075-00-0
- Borges Araújo, Raquel et al. (2005). O uso da ventilação não-invasiva na reabilitação pulmonar em pacientes portadores da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Uma revisão de literatura. *Fisioterapia em Movimento*, Janeiro-Março, vol.18, nº 1, pp. 49-57
- Brochard , Laurent et al.(1995). Noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive. **The New England Journal of Medicine** Vol. 333, nº 13 Setembro pp. 817- 822
- Budweiser, S.et al. (2007). Impact of noninvasive home ventilation on long-term survival in chronic hypercapnic COPD: a prospective observational study. **International Journal of Clinical Practice** ,vol.61, nº 9 Setembro, pp. 1516-1522
- Câmara, M., Nóbrega, J. L. e Maul, R. (2011). Ventilação Mecânica Não Invasiva na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. In Esquinas, António M. **Princípios da Ventilação Mecânica Não Invasiva do Hospital ao Domicílio** (pp. 204-213). Lisboa: Gasin Médica ISBN 978-84-614-5831-1
- Clini, Enrico et al. (2009). Home Non-Invasive Mechanical Ventilation and Long-Term Oxygen Therapy in Stable Hypercapnic Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: Comparison of Costs. **Respiration** , vol. 77, pp. 44-50.
- Clini, Enrico et al.(2002). The Italian multicentre study on noninvasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease patients. **European Respiratory Journal** , nº20, Abril ISSN 0903-1936 pp. 529-538.
- Comissão Nacional para os cuidados respiratórios domiciliários (2010) - Relatório de situação: cuidados de saúde respiratórios domiciliários em Portugal.
- Comissão Nacional para os cuidados respiratórios domiciliários (2011) - Proposta de actualização da circular normativa nº 06/dspcs da Direcção-Geral da saúde
- Cruz Guardado, Arménio et al. (2007). **Manual Sinais Vitais: Técnicas de Reabilitação II**. 2ª ed. Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-79-5
- Decramer, Marc et al. (2008). COPD as a long disease with systematic consequences- clinical impact, mechanisms and potential for early intervention. **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. Vol. 5, pp. 235-256 ISSN 1541-2555

- Direcção Geral de Saúde (2005). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC. Circular Normativa nº 4/DGCG
- Direcção Geral de Saúde (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Crónica. Circular Informativa 40A/DSPCD
- Duiverman, Marieke L. et al. (2011). Two-year home-based nocturnal noninvasive ventilation added to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients: A randomized controlled trial. **Respiratory Research**. Vol. 12, pp. 1-10
- Ferreira, Susana et al. (2009). Ventilação não invasiva. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, Julho-Agosto pp. 655-667.
- Ferro, José (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, José e Pimentel, José. **Neurologia – Princípios, Diagnóstico e Tratamento** (pp. 77-87). Lisboa: Lidel ISBN 978-972-757-368-4
- Fonseca, César et al. (2011). Complicações da Ventilação Não Invasiva: cuidados de enfermagem. In Esquinas, Antonio M. **Princípios da Ventilação Mecânica Não Invasiva do Hospital ao Domicílio** (pp. 443-452). Lisboa: Gasin Médica ISBN 978-84-614-5831-1
- Felgueiras, Joana et al. (2006)- Ventilação Não Invasiva numa Unidade de Cuidados Intermédios. **Medicina Interna**. Vol.13, nº 2, Abril – Junho pp. 73-78
- Garcia, Susana et al. (2008). Treino de músculos inspiratórios em doentes com DPOC. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. Vol. XIV, nº 2 Março/Abril pp. 174-194
- Germano, Nuno (2008). Ventilação Não Invasiva. In Marcelino, Paulo. **Manual de Ventilação Mecânica no adulto abordagem ao doente crítico** (pp. 239-250). Loures: Lusociência ISBN 9789728930424
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2010) - Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2011) - Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD Revised 2011
- Gold, Philip M. (2009). The 2007 Gold Guidelines: a comprehensive care framework. **Respiratory Care**. Vol.54, nº 8, Agosto pp. 1040-1049
- Gonçalves, Deolinda Maria da Silva Afonso (2008). A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde
- Gordillo Brenes, Antonio, Díaz Sesé, Rúben e Picazo Soto, Lucas (2011). Ventilação Mecânica Não Invasiva na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Agudizada. In Esquinas, Antonio M. **Princípios da Ventilação Mecânica Não Invasiva do Hospital ao Domicílio** (pp. 360-377). Lisboa: Gasin Médica ISBN 978-84-614-5831-1

- Hardin, Kimberly A., Meyers, Frederick e Louie, Samuel (2008). Integrating Palliative Care in Severe Chronic Obstructive Lung Disease. **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. Vol. 5, pp. 207-220 ISSN 1541-2555
- Heitor, Maria Clara (1988) - **Reeducação Funcional Respiratória**. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Henderson, Virginia (2007). **Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE**. Loures: Lusodidacta ISBN 978-989-8075-00-0
- Hill, Nicholas S. (2006). Pulmonary Rehabilitation. **Proc. American Thoracic Society** Vol 3. pp 66–74
- Hoeman, Shirley P. (2000). **Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo**. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-13-4
- Honoré, Bernard (2004). **Cuidar – Persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-58-4
- Janssens, Jean-Paul et al. (2003) - Changing Patterns in Long-term Noninvasive Ventilation: A 7 year prospective study in the Geneva Lake area. **Chest Journal**, Vol. 123, nº1 Janeiro, pp. 67- 79
- Jarvis, Helen (2006) – Exploring the evidence base of the use of non-invasive ventilation. **British Journal of Nursing**, vol.15, nº 14, pp. 756-759
- Kérouac, Suzanne et al. (1994). **La pensée infirmière**. Laval : Éditions Études Vivantes ISBN 2-7607-0584-6
- Leal, Filomena (2001).Intervenção de enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In Padilha, José Miguel et al. **Enfermagem em Neurologia**. (pp. 131-151) Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-18-2
- Lima, Tatiane da Costa e Vargas, M. A. de Oliveira (2004). Cuidado domiciliar intensivo: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde? **Revista Brasileira Enfermagem** . Novembro-Dezembro, pp. 658-661
- Marques Pinto, Vanda (2001). Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alteração do nível de consciência. In Padilha, José Miguel et al. **Enfermagem em Neurologia**. (pp. 45-56) Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-18-2
- Marques, Sónia (2005). Os cuidadores informais de doentes com Acidente Vascular Cerebral. **Interações**. Nº 9, pp. 130-141. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde
- Menoita, Elsa Cristina Paz Carvela e Cordeiro, Maria do Carmo Oliveira (2012). **Exames complementares de diagnóstico**. In: Cordeiro, Maria do Carmo Oliveira e Menoita, Elsa Cristina Paz Carvela (2012). **Manual de Boas Práticas na Reabilitação**

- Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas.** (pp. 45-50) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-86-8
- MENOITA, Elsa Cristina Paz Carvela e CORDEIRO, Maria do Carmo Oliveira (2012). **Nota Introdutória à Reabilitação Respiratória/ Reeducação Funcional Respiratória.** In: Cordeiro, Maria do Carmo Oliveira e MENOITA, Elsa Cristina Paz Carvela (2012). **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas.** (pp. 59-115) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-86-8
 - CORDEIRO, M. O. et al. (2012). **Treino de exercício na pessoa com patologia respiratória crónica.** In: Cordeiro, Maria do Carmo Oliveira e MENOITA, Elsa Cristina Paz Carvela (2012). **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas.** (pp. 117-143) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-86-8
 - MENOITA, Elsa Paz Carvela, MORENO, Maria Fernanda e COSTA, Rita (2012). **Assistência Respiratória.** In: Cordeiro, Maria do Carmo Oliveira e MENOITA, Elsa Cristina Paz Carvela (2012). **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas.** (pp. 167-225) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-86-8
 - NICI, Linda et al. (2006). American Thoracic Society/European Respiratory Society on Pulmonary Rehabilitation. **American Journal Respiratory Critical Care Medicine.** Vol 173 pp. 1390 – 1413
 - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2008) - Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias-Estado da Saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Portuguesa do Pulmão.
 - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2010) - Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias-Estado da Saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Portuguesa do Pulmão.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2010) - Regulamento das competências comum do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
 - Ordem dos Enfermeiros (2010) - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
 - Organização Mundial de Saúde (2011) disponível em <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>. Acedido em 2011/06/07
 - Organização Mundial de Saúde (2011) disponível em http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/. Acedido em 2011/06/07
 - PHANEUF, Margot (2001). **Planificação de Cuidados - um sistema integrado e personalizado** Coimbra: Quarteto Editora ISBN 972-8535-78-3

- Ramos, Ana, Fonseca, César e Ferreira, Marta (2011). Ventilação não invasiva versus ventilação mecânica, ganhos em saúde: revisão sistemática da literatura. **Revista Envelhecimento e Inovação** - (1) 1 pp. 33-44
- Rosa, Joaquim Coelho e Basto, Marta Lima. Necessidade e Necessidades - Revisitando o seu uso em enfermagem. **Pensar Enfermagem**. Vol. 13, nº 1 1º semestre
- Sabina, Teresa (2007). Adaptação do utente e família à situação de AVC, em contexto de domicílio. Funchal: Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. Dissertação de tese de mestrado
- Santos, Clarice F. (2003) - Assistência domiciliária. In: Marques Gomes, Maria João e Sotto-Mayor, Renato - **Tratado de Pneumologia** - Volume I (pp 1884-1891). Lisboa: SPP
- Sarmiento-Ramirez et al. (2002). Inspiratory Muscle Training in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Structural Adaptation and Physiologic Outcomes. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**. vol 166 pp. 1491-1497
- Severino, Sandy e Dias, Carlos Alexandre (2012). **Gasimetria Arterial e Desquilíbrio Ácido-Base**. In: Cordeiro, Maria do Carmo Oliveira e Menoita, Elsa Cristina Paz Carvela (2012). **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas**. (pp. 51-56) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-86-8
- Simmonds, A. K. (2003). Home Ventilation. **European Respiratory Journal**. Vol. 22, nº 47, pp. 38-46
- Shiang, Teresa e Carvalho, Aurora (2003). Clínica e Tratamento da DPOC. In: Marques Gomes, Maria João e Sotto-Mayor, Renato - **Tratado de Pneumologia** - Volume I (pp. 855-874). Lisboa: SPP.
- Thys, F. et al. (2002). Noninvasive ventilation for acute respiratory failure: a prospective randomised placebo-controlled trial. **European Respiratory Journal** nº 20 pp. 545-555 ISSN 0903-1936
- Wijkstra, P. J. et al. (1996) - Effects of home rehabilitation on physical performance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **European Respiratory Journal**. nº 9 pp. 104-110
- Yasar, F. et al. (2012) - Pulmonary Rehabilitation Using Modified Threshold Inspiratory Muscle Trainer in Patients with Tetraplegia. **Case Reports in Medicine**, Volume 2012, pp. 1-3 doi:10.1155/2012/587901
- Zanon, Elenita e Marziale, Maria Helena (2000). Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados. **Revista Escola Enfermagem USP**. Março, vol.34, nº1, pp. 26-36

- ZuWallack, Richard (2007). The Nonpharmacologic Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Advances in Our Understanding of Pulmonary Rehabilitation. **Proceedings of the American Thoracic Society** Vol 4 pp. 549-553

APÊNDICES

**APÊNDICE I: OBJECTIVOS E ACTIVIDADES ESTABELECIDOS NO PROJECTO DE
FORMAÇÃO**

Domínio de Competências	Objectivos Específicos	Actividades	Recursos	Crítérios de Avaliação
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de Intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p>	<p>- Compreender a dinâmica funcional dos locais de EC, de maneira a compreender a metodologia de trabalho, a prática da prestação de cuidados, como se articulam com a comunidade, tendo por base os cuidados de enfermagem em reabilitação (ER);</p> <p>- Compreender o papel do EER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com a equipe de enfermagem, equipe multidisciplinar e comunidade nos locais de EC;</p>	<p>- Identificar e compreender as dinâmicas funcionais dos locais de EC (protocolos, normas, parcerias, circuitos, articulação com a comunidade) com influência nos cuidados de ER;</p> <p>- Participar em reuniões, formação, grupos de trabalho, projectos dos serviços dando contributo como EER;</p> <p>- Observar o EER;</p> <p>- Identificar o papel do EER na prática diária, na gestão do serviço, na equipe de enfermagem, multidisciplinar e articulação com a comunidade;</p> <p>- Identificar objectivos e projectos do EER;</p> <p>- Articular com a equipe de enfermagem e multidisciplinar como EER;</p> <p>- Articular com a comunidade como EER;</p>	<p><u>Humanos</u></p> <p>- Enfermeiro orientador</p> <p>- EER</p> <p>- Enfermeiro Chefe do Serviço</p> <p><u>Físicos</u></p> <p>- Serviço de Pneumologia de um Hospital de Lisboa</p> <p>- SVE e HDIR de um Hospital de Lisboa</p> <p>- Serviço de Medicina de um Hospital de Almada</p> <p><u>Técnicos</u></p> <p>- Normas e protocolos que influenciem os cuidados de enfermagem em Reabilitação;</p> <p><u>Tempo</u></p> <p>1ª e 2ª semana de cada EC</p>	<p>- Identifica os protocolos, normas e circuitos dos locais de EC relacionados com os cuidados de ER;</p> <p>- Identifica a articulação com outros serviços e com a comunidade relacionada com os cuidados de ER;</p> <p>- Participa em reuniões, formação, grupos de trabalho, projectos dos serviços dando contributo como EER;</p> <p>- Identifica o papel do EER na prática diária, na gestão do serviço, na equipe de enfermagem e multidisciplinar;</p> <p>- Identifica o papel do EER na articulação com outros serviços e a comunidade;</p> <p>- Identifica objectivos e projectos do EER;</p> <p>- Articula com a equipe de enfermagem, multidisciplinar como EER;</p> <p>- Articula com a comunidade como EER</p>
<p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</p> <p>J. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os</p>	<p>- Identificar as necessidades de intervenção especializada na área de enfermagem em reabilitação na pessoa com DPOC submetida à VNI para</p>	<p>- Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre DPOC, VNI</p> <p>- Aprofundar conhecimentos</p>		<p>- Demonstra ter e mobiliza conhecimentos sobre DPOC, VNI;</p> <p>- Demonstra conhecimentos em enfermagem de</p>

Domínio de Competências	Objectivos Específicos	Actividades	Recursos	Crítérios de Avaliação
contextos da prática de cuidados J.3.Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	promover a autonomia;	em enfermagem de reabilitação; - Compreender o papel do EER na avaliação e sua intervenção na pessoa com DPOC submetida à VNI; - Avaliar a pessoa com DPOC submetida à VNI de maneira a adequar o plano de reabilitação às suas necessidades; - Avaliar as necessidades educativas da pessoa com DPOC submetida à VNI e dos cuidadores; - Estabelecer com a pessoa com DPOC submetida à VNI um plano de reabilitação adaptado às suas necessidades e dos cuidadores tendo em vista o regresso a casa; - Envolver os cuidadores no plano de reabilitação; - Compreender o papel do EER na adaptação à VNI (internamento, SVE e HDIR);	<u>Humanos</u> - Pessoa com DPOC e cuidadores - EER - Enfermeiro orientador; <u>Físicos</u> - Serviço de Pneumologia de um Hospital de Lisboa - SVE e HDIR de um Hospital de Lisboa <u>Técnicos</u> - Material didáctico - Escalas de avaliação existentes - Exames complementares realizados pela pessoa com DPOC submetida à VNI <u>Tempo</u> No decorrer do estágio	reabilitação mais profundos e mobiliza-os; - Compreende o papel do EER na avaliação e sua intervenção na pessoa com DPOC submetida à VNI; - Realiza avaliação da pessoa com DPOC submetida à VNI de maneira a adequar o plano de reabilitação às suas necessidades; - Conhece as necessidades educativas da pessoa com DPOC submetida à VNI e dos cuidadores; - Implementa planos de reabilitação adaptados às necessidades da pessoa com DPOC submetida à VNI e dos cuidadores tendo em vista o regresso a casa; - Envolve os cuidadores no plano de reabilitação; - Identifica qual o papel do EER na adaptação à VNI (intern., SVE e HDIR);
B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro J. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados	- Identificar as necessidades de intervenção especializada na área de enfermagem em reabilitação na pessoa com incapacidade motora para promover a autonomia (IM);	- Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre patologias que causam IM; - Aprofundar conhecimentos em enfermagem de reabilitação;	<u>Humanos</u> - Pessoa com IM e cuidadores; - EER; - Enfermeiro orientador; <u>Físicos</u>	- Demonstra ter conhecimentos sobre patologias que causam IM; - Demonstra conhecimentos em enfermagem de reabilitação mais profundos

Domínio de Competências	Objectivos Especificos	Actividades	Recursos	Crítérios de Avaliação
J.3.Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa		<ul style="list-style-type: none"> - Compreender o papel do EER na avaliação e sua intervenção na pessoa com IM; - Avaliar a pessoa com IM de maneira a adequar o plano de reabilitação às suas necessidades; - Avaliar as necessidades educativas da pessoa com IM e dos cuidadores; - Estabelecer em conjunto com a pessoa com IM um plano de reabilitação adaptado às suas necessidades e dos cuidadores tendo em vista o regresso a casa; - Envolver os cuidadores no plano de reabilitação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Medicina de um Hospital de Almada <u>Técnicos</u> - Material didáctico; - Escalas de avaliação existentes; <u>Tempo</u> No decorrer do estágio 	<ul style="list-style-type: none"> - Compreende o papel do EER na avaliação e sua intervenção na pessoa com IM; - Realiza avaliação da pessoa com IM de maneira a adequar o plano de reabilitação às suas necessidades; - Conhece as necessidades educativas da pessoa com IM e dos cuidadores; - Implementa planos de reabilitação adaptados às necessidades da pessoa com IM e dos cuidadores tendo em vista o regresso a casa; - Envolve os cuidadores no plano de reabilitação;
A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	- Promover um regresso a casa da pessoa com DPOC submetida à VNI com segurança fomentando a autonomia;	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender o papel do EER no planeamento do regresso a casa da pessoa com DPOC submetida à VNI; - Adquirir conhecimentos sobre legislação promotora da inclusão; - Realizar levantamento com a pessoa e cuidadores do que poderá ser alterado em casa para permitir maior autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Humanos</u> - Pessoa com DPOC e cuidadores - EER - Enfermeiro orientador <u>Físicos</u> - Serviço de Pneumologia 2 do HPV - SVE e HDIR de um Hospital de Lisboa <u>Técnicos</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica o papel do EER no planeamento do regresso a casa da pessoa com DPOC submetida à VNI; - Demonstra e mobiliza conhecimentos sobre legislação promotora da inclusão; - Efectua um levantamento relativamente às alterações necessárias no domicílio e
J.2.Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania				

Domínio de Competências	Objectivos Específicos	Actividades	Recursos	Crítérios de Avaliação
J.2.2.Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social		e menor gasto de energia (barreiras arquitectónicas); - Adequar produtos de apoio e proporcionar sua acessibilidade - Realizar VD; - Articular com a comunidade (CSP, rede de apoio); - Compreender o papel do EER na monitorização da VNI no domicílio;	- Material bibliográfico - Produtos de apoio - Legislação existente promotora da inclusão <u>Tempo</u> No decorrer do estágio	participa na implementação destas alterações; - Providencia produtos de apoio; - Realiza VD - Articula com a comunidade (CSP, rede de apoio); - Identifica o papel do EER na monitorização da VNI no domicílio;
A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais J.2.Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania J.2.2.Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social	- Promover o regresso a casa da pessoa com IM em segurança fomentando a autonomia	- Compreender o papel do EER na implementação de planos que promovam a inclusão e participação; - Adquirir conhecimentos sobre legislação promotora da inclusão; - Realizar levantamento com a pessoa e cuidadores do que poderá ser alterado em casa para permitir maior autonomia (barreiras arquitectónicas); - Adequar produtos de apoio e proporcionar sua acessibilidade; - Articular com a comunidade (CSP, rede de apoio).	<u>Humanos</u> - Pessoa com DPOC e cuidadores - EER - Enfermeiro orientador <u>Físicos</u> - Serviço de Medicina de um Hospital de Almada <u>Técnicos</u> - Material bibliográfico - Produtos de apoio - Legislação existente promotora da inclusão <u>Tempo</u> No decorrer do estágio	- Identifica o papel do EER na implementação de planos que promovam a inclusão e participação; - Demonstra e mobiliza conhecimentos sobre legislação promotora da inclusão; - Efectua um levantamento relativamente às alterações necessárias no domicílio e participa na implementação destas alterações; - Providencia produtos de apoio; - Articula com a Comunidade (CSP, rede de apoio).

**APÊNDICE II: CERTIFICADO DE PRESENÇA 1º ENCONTRO HOSPITAL-CENTROS
DE SAÚDE PARTILHAR PARA MELHOR CUIDAR**



1º Encontro Hospital-Centros de Saúde

Partilhar para Melhor Cuidar

CERTIFICADO

Certifica-se que SANDRA ANTUNES BOCCUTI

participou no **1º Encontro Hospital-Centros de Saúde - Partilhar para Melhor Cuidar** que decorreu no dia 25 de Novembro de 2011, em Almada, das 9:00 horas às 18:00 horas.

Almada, 25 de Novembro de 2011

P'la Organização

Odília Neves
Enfermeira Directora



**APÊNDICE III: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO ENCONTRO NACIONAL DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E WORKSHOP VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA**



The poster features a dark blue background with a golden circular logo on the left containing a stylized figure. The main text is in white and yellow. A vertical '2011' is on the right. The bottom section has a white box with text and a signature. Logos of sponsors are at the bottom.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1-3 Dez | OEIRÁS

Enfermagem de Reabilitação: Mais-valia para o Cidadão

Certifica-se que:

Sandra Antunes Boccuti

Esteve presente no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, nos dias 1, 2 e 3 de Dezembro de 2011, com um total de 16 horas.

Belmiro Rocha
(Belmiro Rocha – Presidente da APER)

APOIO E PATROCÍNIO CIENTÍFICO:

INR E DGS

INR Instituto Nacional de Reabilitação

Associação Geral de Saúde

Associação de Saúde

TV

ATIVIDADES DE REABILITAÇÃO

ESEL

Oeiras Marca o ritmo

LAGOAS PARK HOTEL



The poster features a dark blue background with a golden circular logo on the left containing a stylized figure and the text 'APER'. The main title is in large white and yellow letters. Below it, the dates and location are given. A central text box contains a testimonial. At the bottom, there are logos for sponsors and scientific support, including TV, Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, Lagoas Park Hotel, ESEL, Oeiras, INR e DGS, and Associação Geral de Saúde.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2011

1-3 Dez | OEIRÁS

Enfermagem de Reabilitação: Mais-valia para o Cidadão

Certifica-se que:

Sandra Antunes Boccuti

Esteve presente no workshop subordinado ao tema Ventilação Não-Invasiva no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, que decorreu nos dias 1, 2 e 3 de Dezembro de 2011.

Belmiro Rocha
(Belmiro Rocha – Presidente da APER)

APOIO E PATROCÍNIO CIENTÍFICO:
INR E DGS
www.dgs.pt
Associação Geral de Saúde

APÊNDICE IV: GUIA COLHEITA DE DADOS NO EC DA PNEUMOLOGIA

Nome:
Data de nascimento:
Idade:
Sexo:
Etnia/raça:
Estado profissional:
Centro de Saúde:
Agregado familiar:
Pessoa significativa:

HISTORIA ANTERIOR AO INTERNAMENTO

Antecedentes Pessoais:
Terapêutica ambulatória:

HISTORIA INTERNAMENTO ACTUAL:

Motivo internamento:
Análises laboratoriais:
Terapêutica:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS (NHF)

1. RESPIRAR
Tipo:
Frequência Respiratória:
Ritmo Respiratório:
Inspecção tórax:
Palpação tórax:
Auscultação Pulmonar:
Tosse:
Secreções:
Oxigénio:
Saturação de oxigénio:
Exames complementares:

2. COMER E BEBER	
3. ELIMINAR	
4. DESLOCAR-SE	
5. REPOUSAR E DORMIR	
6. VESTIR E DESPIR	
7. MANTER A TEMPERATURA DO CORPO NUM NÍVEL NORMAL	
8. ESTAR LIMPO E PROTEGER OS TEGUMENTOS	
9. EVITAR PERIGOS	
10. COMUNICAR E EXPRESSAR SENTIMENTOS	
11. PRATICAR DE ACORDO COM A FÉ	
12. TRABALHAR E REALIZAÇÃO	
13. DIVERTIR-SE (FORMAS DE RECREAÇÃO)	
14. APRENDER	

APÊNDICE V: ESCALAS UTILIZADAS NO EC DA PNEUMOLOGIA

Dispneia classificada em 4 graus

GRAU I	Dispneia apenas a seguir a esforços físicos maiores, como andar rapidamente sobre um caminho plano, subir escadas ou outras superfícies inclinadas.
GRAU II	Dispneia para esforços físicos moderados, por ex. andar devagar sobre uma superfície plana
GRAU III	Dispneia com actividade física reduzida, como vestir e despir, ou realização de pequenas tarefas domésticas
GRAU IV	Dispneia numa actividade física reduzida como a mobilização no leito

Escala de Borg modificada

0	nada
0,5	muito, muito ligeira
1	muito ligeira
2	ligeira
3	moderada
4	pouco severa
5	severa
7	muito severa
10	muito, muito severa

Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade)
1 – Eu não fico com falta de ar (Se a actividade é fácil para si)
2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar)
3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a actividade lhe causa muita falta de ar)
4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)
5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)
 Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:

Cuidado Pessoal		Cuidado doméstico	
Enxugar-se	2	Fazer a cama	0
Vestir a parte superior do tronco	2	Mudar o lençol da cama	0
Calçar sapatos/meias	2	Lavar janelas/cortinas	0
Lavar a cabeça	2	Limpeza/limpar o pó	0
		Lavar a louça	0
		Utilizar o aspirador/varrer	0
Lazer		Actividade física	
Andar em casa	2	Subir escadas	3
Sair socialmente	2	Inclinar-se	2
Falar	1		

ANEXO VI: PLANO DE CUIDADOS PESSOA COM DPOC

COLHEITA DE DADOS

Nome: N. M.

Data de nascimento: 06/01/1943

Idade: 69 anos

Sexo: masculino

Etnia/raça: caucasiana

Estado profissional: mecânico de máquinas de escritório reformado

Centro de Saúde: Povia de Santo Adrião

Agregado familiar: vive só com a esposa

Pessoa significativa: esposa

Condições habitacionais: vive num 1º andar, tem 2 lanços de escadas até ao piso onde habita e não tem elevador

HISTORIA ANTERIOR AO INTERNAMENTO

Antecedentes Pessoais: fumador dos 13 aos 48 anos, tuberculose pulmonar aos 18 anos tratada em sanatório, seguido na consulta de pneumologia do Dr. Filipe Monteiro há vários anos por sequelas de tuberculose pulmonar com quadro obstrutivo grave comportando-se como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica - enfisema pulmonar, hipertensão arterial, cardiopatia isquémica com insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência renal crónica, eczema atópico, infecção intestinal há 10-11 anos que determinou ressecção intestinal, anemia conhecida há cerca de 1 ano, surto psicótico.

Terapêutica ambulatória:

Salmeterol (Serevent), Dipropionato de beclometasona (beclotaide forte), brometo de tiotropio (spiriva), salbutamol (ventilan) em SOS, amlodipina/valsartan (copalia), ácido acetilsalicílico.

Oxigenoterapia de longa duração há 18 meses 1L/min. 16 horas diárias

HISTORIA INTERNAMENTO ACTUAL:

Avaliação no serviço de urgência – data de admissão 22/12/2011

“ Trazido por toracalgia, dispneia, febre com 2 dias de evolução. À entrada polipneico, à auscultação pulmonar roncospirais dispersos e ferveores subcrepitantes à direita com aumento marcado do tempo expiratório e respiração abdominal e taquicardia.

Gasimetria 22/12/2011 realizada no serviço de urgência com FiO₂ 21%:

pH – 7,42; paCO₂ – 37 ; paO₂ – 59,7; HCO₃ – 23,6; Sat. – 91,5

Internado no serviço de pneumologia no dia 22/12/2011 com o diagnóstico de infecção respiratória traqueobronquica, insuficiência respiratória parcial

Inicia ventilação não invasiva (VNI) com VIVO 30 (IPAP 16 + EPAP 4) com O₂ a 4 L/min.

Gasimetria 23/12/2011 no serviço de pneumologia:

pH – 7,22; paCO₂ – 65,4; paO₂ – 74,8; HCO₃ – 26,3; Sat. – 91,9

No dia 23/12/2011 é transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR) por acidose respiratória sem resposta à VNI com VIVO 30.

Gasimetria 23/12/2011 realizada na UCIR após iniciar BIPAP (IPAP 18 e EPAP 8) com FiO₂ 25 %:

pH – 7,34; paCO₂ – 45,4 ; paO₂ – 66,9; HCO₃ – 23,8; Sat. – 91,5

Gasimetria 26/12/2011 com BIPAP (IPAP 18 e EPAP 8) com FiO₂ 30 %:

pH – 7,39; paCO₂ – 56,3 ; paO₂ – 57; HCO₃ – 33,6; Sat. – 90,3

Após melhoria clínica regressa no dia 26/12/2011 ao serviço de pneumologia com o diagnóstico de infecção traqueobronquica e insuficiência respiratória global.

Terapêutica atual:

- Lactulose 30 ml 3x/dia
- Citrato de sódio composto microenema 2/2 dias
- Amoxicilina + ácido clavulânico 1,2 gr. EV 8/8 h
- Levofloxacina 750 mg EV 1x/dia
- Aminofilina 225 mg P. O. 6/6 h
- Salbutamol 4 inalações 4/4 h
- Ipratrópio 16 inalações 4/4 h
- Beclometasona Forte 250 6 inalações 12/12 h
- Diltiazem 90 mg. 8/8 h P. O.
- Furosemida 20 mg 8/8 h E. V.
- Lisinoprol 20 mg P.O. 1 x/dia
- Omeprazole 20 mg P. O. 12/12 h
- Ferro bivalente 105 mg 1x/dia
- Ácido fólico 5 mg 1x/dia
- Ácido ascórbico 1 gr 1x/dia
- Risperidona 1 mg 1x/dia
- Insulina isofónica 8U 22h e 20U 10h

Análises laboratoriais

04/01/2012:

- MRSA + na expectoração.

(09/01/2011):

- Creatinina: 1,21; sódio: 140; cálcio: 8,5/9,1; albumina: 3,3; Hg: 9,4; leucócitos: 7,08; PCR: 3,96

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS (NHF)

RESPIRAR
Tipo: Abdomino-diafragmática
Frequência Respiratória: 20 ciclos/min.
Ritmo Respiratório: Regular
Coloração da pele e mucosas: Coradas
Inspeção tórax: Bom estado nutricional; elevação clavicular; movimentos torácicos simétricos; amplitude respiratória normal
Palpação tórax: Expansibilidade torácica normal
Auscultação Pulmonar: 1/3 superior esquerdo e direito: roncos 1/3 médio esquerdo e direito: roncos 1/3 inferior esquerdo e direito: roncos menos acentuados
Tosse: Eficaz
Secreções: Espessas, muco-purulentas em quantidade moderada
Oxigénio: Óculos Nasais 2 L/m para obter saturações de 93-95%
Bipap: (VIVO 30) IPAP: 18 EPAP: 8 com O ₂ 2L/min nocturno
Saturação de oxigénio: 96%
Exames complementares: RX tórax (02/01) – elevação das clavículas, horizontalização dos arcos costais, diafragma aplanado, acentuação do retículo pulmonar. Gasimetria com O ₂ a 2 L/min (02/01) – pH – 7,317; paO ₂ – 73,2; paCO ₂ – 51; HCO ₃ – 25,5; Sat. – 93,4

Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) = 18

0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade)
1 – Eu não fico com falta de ar (Se a actividade é fácil para si)
2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar)
3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a actividade lhe causa muita falta de ar)
4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)
5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)
 Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:

Cuidado Pessoal		Cuidado doméstico	
Enxugar-se	2	Fazer a cama	0
Vestir a parte superior do tronco	2	Mudar o lençol da cama	0
Calçar sapatos/meias	2	Lavar janelas/cortinas	0
Lavar a cabeça	2	Limpeza/limpar o pó	0
		Lavar a louça	0
		Utilizar o aspirador/varrer	0
Lazer		Actividade física	
Andar em casa	2	Subir escadas	3
Sair socialmente	2	Inclinar-se	2
Falar	1		

Dispneia classificada em 4 graus = grau III

GRAU I	Dispneia apenas a seguir a esforços físicos maiores, como andar rapidamente sobre um caminho plano, subir escadas ou outras superfícies inclinadas.
GRAU II	Dispneia para esforços físicos moderados, por ex. andar devagar sobre uma superfície plana
GRAU III	Dispneia com actividade física reduzida, como vestir e despir, ou realização de pequenas tarefas domésticas
GRAU IV	Dispneia numa actividade física reduzida como a mobilização no leito

Escala de Borg modificada = 5

0	nada
0,5	muito, muito ligeira
1	muito ligeira
2	ligeira
3	moderada
4	pouco severa
5	severa
7	muito severa
10	muito, muito severa

COMER E BEBER	<u>Domicílio:</u> Hábitos alimentares: sem restrições. Fazia 4 refeições por dia. Bebia cerca de 1 litro de água por dia <u>Internamento</u> <u>Dieta:</u> Diabética sem sal. Ao pequeno-almoço prefer comer após a higiene.
ELIMINAR	<u>Padrão eliminação habitual:</u> refere que evacuava de 4 em 4 dias, não usava nenhuma medicação. Fezes moles/líquidas. <u>Internamento:</u> Urina no urinol, urina clara refere cansaço após deslocação ao wc. Tem tido dejecções pastosas uma vez por dia, faz lactulose.
REPOUSAR E DORMIR	<u>Domicílio:</u> fazia longos períodos de repouso <u>Internamento:</u> refere dificuldade em adormecer após iniciar o Bipap, descansa bem o resto da noite.
ESTAR LIMPO E PROTEGER OS TEGUMENTOS	Independente nesta actividade, no entanto refere cansaço após realização da higiene. Edemas dos membros inferiores e escroto. (Godet +++)
COMUNICAR E EXPRESSAR SENTIMENTOS	Consciente(score de Glasgow de 15)orientado no tempo e espaço, comunicativo
APRENDER	Conhece o diagnóstico, cumpre plano de RFR e mostra interesse neste

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objectivos	Actividades	Avaliação
04/01/2012	Alteração da NHF respirar relacionada com insuficiência respiratória global manifestada por dispneia grau III e cansaço a médios esforços	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a dispneia - Diminuir o cansaço - Melhorar a tolerância ao esforço 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico do doente - Observação de RX TX mais recentes, leitura de gasimetria arterial mais recente - Realização da auscultação pulmonar - Avaliação dos sinais vitais, padrão respiratório e sinais de dificuldade respiratória antes e após os exercícios programados - Ensino e realização de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posição de descanso e relaxamento; ✓ Controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na fase expiratória com lábios semi-cerrados; ✓ Reeducação abdomino-diafragmática posterior sem e com resistência, e das hemicúpulas direitas e esquerdas; ✓ Reeducação costal global com bastão, reeducação costal selectiva com abertura costal; ✓ Posição de descanso na dispneia; ✓ Exercícios de tolerância ao esforço ✓ Técnicas de conservação de energia; - Mobilização torácica e da articulação 	<p>04/01/2012 (Ver colheita de dados)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou posição de descanso de forma adequada; - Realizou controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração; - Realizou reeducação abdomino-diafragmática posterior sem resistência, e das hemicúpulas direitas e esquerdas; - Realizou reeducação costal global com bastão, reeducação costal selectiva com abertura costal; - Realizou Bipap nocturno com IPAP 18 e EPAP 8 com O₂ a 2L/min, com dificuldade em adormecer após conexão, refere não sentir incomodo com a máscara facial; <p>05/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiração abdomino-diafragmática, regular. SaO₂ – 93% frequência respiratória 20 ciclos/min. - Dispneia grau III; - Auscultação pulmonar roncos ambos os lobos superiores, diminuição de roncos nos lobos médios; - Gasimetria com O₂ a 2L/min

			<p>escapuloumeral; - Realização de Bipap nocturno;</p>	<p>(05/01): pH – 7,454; paO₂ – 72,2; paCO₂ – 46,5; HCO₃ – 31,9; Sat. – 95,1 - Mantém cansaço a médios esforços; - Mantém O₂ a 2L/min. - Realizou programa de RFR como no dia 04/01; - Realizou Bipap nocturno com O₂ a 2 L/min. , mantém queixas anteriores;</p> <p>06/01/2011 - Respiração abdomino-diafragmática, regular. SaO₂ – 100% frequência respiratória 20 ciclos/min.; dispneia grau III - Auscultação pulmonar roncos ambos os lobos superiores, diminuição de roncos nos lobos médios; - Mantém cansaço a médios esforços; - Reduz O₂ para 1,5L/min. - Realizou programa de RFR como no dia 04/01; - Realizados ensinios de técnicas de conservação de energia na realização da higiene; - Realizou Bipap nocturno com O₂ a 2 L/min. , mantém as mesmas queixas;</p>
--	--	--	--	--

				<p>11/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiração abdomino-diafragmática, regular. SaO₂ – 97 % frequência respiratória 20 ciclos/min. Dispneia grau III; - Auscultação pulmonar diminuição roncosp nos lobos apicais, murmúrio vesicular mantido nos lobos médios e inferiores; - RX TX de 10/01- melhoria das áreas de condensação, seio costofrénico melhor definido; - Gasimetria com O₂ a 2 L/min (11/01): ph – 7,433; paO₂- 97,1; paCO₂ – 42,8; HCO₃ – 28; Sat. – 97,8 - Cansaço a pequenos esforços; - Tem O₂ a 2L/min. - Realizou programa de RFR como no dia 04/01; - Realizou Bipap nocturno com O₂ a 2 L/min. ; <p>12/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiração abdomino-diafragmática, regular. SaO₂ – 95 % frequência respiratória 20 ciclos/min. Dispneia grau II. - Auscultação pulmonar murmúrio vesicular mantido ; - Reduz O₂ para 1,5 L/min. - Realizou programa de RFR como no dia 04/01, na reeducação
--	--	--	--	---

				<p>abdomino-diafragmática posterior iniciou com resistência com peso de 1 KG, tolera e realiza correctamente, na reeducação costal selectiva com abertura costal foi introduzido peso de 0,5 KG, tolerou e realizou correctamente, mas em menor quantidade devido a cansaço (10 aberturas);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou mobilização torácica e da articulação escapuloumeral; - Feito ensino sobre posição de descanso na dispneia; - Realizou exercícios de tolerância a esforços com marcha no corredor com aporte do O₂, inicialmente SaO₂ – 95 % e FC – 85 p/min, após 4 corredores SaO₂ – 93 % e FC – 119 p/min; - Feito ensino de técnicas de conservação de energia no andar; - Realizou Bipap nocturno com O₂ a 2 L/min. , tolerou e descansou; <p>13/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiração abdomino-diafragmática, regular. SaO₂ – 94 % frequência respiratória 16 ciclos/min. Dispneia grau II; - Auscultação pulmonar murmúrio vesicular mantido em todos os lobos, excepto nos apicais com sibilos ;
--	--	--	--	--

04/01/2012	Alteração da NHF respirar relacionada com infecção respiratória traquebrônquica manifestada por presença de secreções muco-purulentas	- Não apresentar secreções	<p>-Consulta do processo clínico do doente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observação de Radiografia do tórax mais recente - Realização da auscultação pulmonar - Avaliação dos sinais vitais, padrão respiratório e sinais de dificuldade respiratória antes e após os exercícios programados - Ensino e realização de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posição de descanso e relaxamento ✓ Controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na fase expiratória com lábios semi-cerrados; 	<ul style="list-style-type: none"> - O₂ para 1,5 L/min. - Realizou programa de RFR como no dia 12/01; - Realizou mobilização torácica e da articulação escapuloumeral; - Realizou exercícios de tolerância a esforços com marcha no corredor com aporte do O₂, inicialmente SaO₂ – 94 % e FC – 60 p/min, após 4 corredores SaO₂ – 94 % e FC – 94 p/min; - Feito reforço de ensino de técnicas de conservação de energia no andar; - Realizou Bipap nocturno com O₂ a 2 L/min., tolerou e descansou; <p>04/01/2012 (Ver colheita de dados)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou posição de descanso e dissociação de tempos respiratórios de forma adequada; - Realizou CATR, tosse eficaz, expeliu secreções muco-purulentas em quantidade moderada; - Realiza flutter adequadamente, informada à equipe de enfermagem da necessidade de realizar flutter no turno da tarde. - Realizadas posições de drenagem postural modificada; <p>05/01/2012</p>
------------	---	----------------------------	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ciclo activo das técnicas respiratórias (CATR); ✓ Flutter no turno da manhã e tarde; - Realização de posições de drenagem postural modificada; - Mobilização torácica e da articulação escapuloumeral; 	<ul style="list-style-type: none"> - Respiração abdomino-diafragmática, regular. SaO₂ – 93% frequência respiratória 20 ciclos/min. - Auscultação pulmonar roncos ambos os lobos superiores, diminuição de roncos nos lobos médios; - Realizou posição de descanso e dissociação de tempos respiratórios de forma adequada; - Realizou CATR e posições de drenagem postural, tosse eficaz expeliu secreções mucosas em pouca quantidade; - Realizou flutter, informada à equipe de enfermagem da necessidade de realizar flutter no turno da tarde. <p>06/01/2011</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiração abdomino-diafragmática, regular. SaO₂ – 100% frequência respiratória 20 ciclos/min.; - Auscultação pulmonar roncos ambos os lobos superiores, diminuição de roncos nos lobos médios; - Realizou posição de descanso e dissociação de tempos respiratórios de forma adequada; - Realizou CATR e posições de drenagem postural, tosse eficaz, sem secreções;
--	--	--	---	--

				<p>- Realizou flutter, informada à equipe de enfermagem da necessidade de realizar flutter no turno da tarde.</p> <p>11/01/2012</p> <p>- Respiração abdomino-diafragmática, regular. SaO₂ – 97 % frequência respiratória 20 ciclos/min.</p> <p>- Auscultação pulmonar diminuição roncosp nos lobos apicais, murmúrio vesicular mantido nos lobos médios e inferiores;</p> <p>- Realizou CATR e posições de drenagem postural, tosse eficaz, sem secreções;</p> <p>- Realizou flutter, informada à equipe de enfermagem da necessidade de realizar flutter no turno da tarde.</p> <p>12/01/2012</p> <p>- Respiração abdomino-diafragmática, regular. SaO₂ – 95 % frequência respiratória 20 ciclos/min.</p> <p>- Auscultação pulmonar murmúrio vesicular mantido ;</p> <p>- Realizou CATR e posições de drenagem postural, tosse eficaz, sem secreções;</p> <p>- Realizou flutter, informada à equipe de enfermagem da necessidade de realizar flutter no turno da tarde;</p> <p>- Realizou mobilização torácica e da articulação escapuloumeral;</p>
--	--	--	--	--

04/01/2012	- Alteração da NHF estar limpo e proteger os tegumentos relacionada com Insuficiência Cardíaca Congestiva manifestada por presença de edemas dos membros inferiores (MI) com Godet +++	- Diminuir edemas dos MI	- Vigilância dos edemas dos MI; - Vigilância da integridade cutânea; - Elevar os MI quando deitado; - Incentivar o uso de meias elásticas;	<p>13/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiração abdomino-diafragmática, regular. SaO₂ – 94 % frequência respiratória 16 ciclos/min. - Auscultação pulmonar murmúrio vesicular mantido em todos os lobos, excepto nos apicais com sibilos; - O₂ para 1,5 L/min. - Realizou mobilização torácica e da articulação escapuloumeral; - Realizou CATR e posições de drenagem postural, tosse eficaz, sem secreções; - Realizou flutter, informada à equipe de enfermagem da necessidade de realizar flutter no turno da tarde. <p>04/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edemas dos MI com sinal Godet (+++), pele íntegra; - Fez elevação dos MI no leito; <p>06/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantém edemas com sinal Godet (+++), colocadas meias elásticas; <p>11/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edemas dos MI com sinal Godet (++) <p>13/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edemas dos MI com sinal Godet +
------------	--	--------------------------	---	--

ANEXO VII: PLANO DE CUIDADOS PESSOA COM FIBROSE QUÍSTICA

COLHEITA DE DADOS

Nome: S. M.

Data de nascimento: 17/03/1989

Idade: 22 anos

Sexo: feminino

Etnia/raça: caucasiana

Estado profissional: estudante, frequenta 1º ano da licenciatura em comunicação social na universidade Lusófona

Centro de Saúde: Loures

Agregado familiar: vive com a mãe, padrasto e irmão de 19 anos

Pessoa significativa: mãe

HISTORIA ANTERIOR AO INTERNAMENTO

Antecedentes Pessoais: fibrose quística (FQ) diagnosticada aos 3 anos, seguida pela Dr.ª Pilar. Teve internamentos no serviço de Pediatria, último internamento há cerca de 5 anos por intoxicação por aminoglicosídeos da qual resultou uma insuficiência renal com necessidade de hemodiálise durante o internamento.

Terapêutica ambulatória:

Pancreatina (Kreon), Dornase alfa 1 (pulmozyme), **Budesonida e Formoterol 160/4,5** (Symbicort Turbohaler), suplementos vitamínicos

HISTORIA INTERNAMENTO ACTUAL:

09/01/2012

Motivo internamento: febre, tosse, expectoração purulenta desde há 1 semana que não cedem à ciprofloxacina pelo que fica internada no serviço de pneumologia.

Análises laboratoriais 09/01/2012

Glucose – 100; ureia – 27; creatinina – 0,53; TSH – 1,64 TGO – 136; LDH – 485; potássio – 98; sódio – 133; cálcio – 8,7; ácido úrico – 2,5; proteínas – 8,4; amilase pancreática <3; Hg. 12,4; leucócitos – 19470; PCR – 17,9;

10/01/2012 – creatinina – 0,57; PCR – 17,2

13/01/2012 – PCR – 10,9

16/01/2012 – creatinina – 0,66; PCR – 4,73

19/01/2012 – PCR – 2,01

Gasimetria 10/01/2012 com FiO₂ 21%

pH – 7,461; paCO₂ – 34; paO₂ – 55,1; HCO₃ – 22,4; Sat. – 91

Terapêutica 09/01/2012:

- Amicacina 1500 mg EV 1x/dia
- Ceftazidima 2 gr EV 8/ h
- Ciprofloxacina 750 mg PO 12/12 h
- Dornase alfa 1 2,5 mg 1x/dia
- Pancreatina 600 mg 4x/dia
- Suplemento multivitamínico e zinco 2 cáps 1x/dia
- Omeprazol 20 mg 12/12 h
- **Budesonida e Formoterol 160/4,5** (Symbicort Turbohaler) inal. 12/12 h

12/01/2012

- Alprazolam 0,5 mg PO 1x/dia

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS (NHF)

12/01/2012

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Hipocratismo digital mais acentuado nos dedos dos pés.

2. RESPIRAR
Tipo: Mista
Frequência Respiratória: 18 ciclos/min.
Ritmo Respiratório: Regular
Inspeção tórax: Movimentos torácicos simétricos; amplitude respiratória normal
Palpação tórax: Expansibilidade torácica normal
Auscultação Pulmonar: 1/3 superior esquerdo e direito: murmúrio vesicular mantido 1/3 médio esquerdo: crepitações 1/3 inferior esquerdo e direito: roncos
Tosse: Eficaz
Secreções: Espessas, muco-purulentas em grande quantidade
Oxigénio: Óculos Nasais 1 L/m
Saturação de oxigénio: 98%
Exames complementares: RX TX (09/01/2012) – áreas de condensação em ambos os campos pulmonares, mais acentuadas no campo pulmonar direito

12/01 -Dispneia classificada em 4 graus = grau I modificada = 1

18/01 - Escala de Borg

GRAU I	Dispneia apenas a seguir a esforços físicos maiores, como andar rapidamente sobre um caminho plano, subir escadas ou outras superfícies inclinadas.
GRAU II	Dispneia para esforços físicos moderados, por ex. andar devagar sobre uma superfície plana
GRAU III	Dispneia com actividade física reduzida, como vestir e despir, ou realização de pequenas tarefas domésticas
GRAU IV	Dispneia numa actividade física reduzida como a mobilização no leito

0	Nada
0,5	muito, muito ligeira
1	muito ligeira
2	Ligeira
3	Moderada
4	pouco severa
5	severa
7	muito severa
10	muito, muito severa

12/01/2012

3. COMER E BEBER	Peso = 50,3 kg Altura = 1,65 m IMC = 18,47 no limite do abaixo do peso saudável. No domicílio refere comer mais de 4 refeições por dia, não especifica o que come. Refere beber cerca de 1,5 L de água por dia. No internamento tem uma dieta hipercalórica prescrita. Por vezes não se alimenta ao pequeno-almoço por acordar tarde.
-------------------------	--

4. ELIMINAR	Refere evacuar diariamente no domicílio, fezes pastosas. Urina concentrada de manhã. Tem avaliação de diurese.
5. DESLOCAR-SE	Independente, desloca-se sem dificuldade. Força muscular de acordo com escala de Lower: força grau 5 em todos os movimentos dos membros. Todas as articulações com amplitudes mantidas.
6. REPOUSAR E DORMIR	Refere dificuldade em adormecer.
7. VESTIR E DESPIR	Não apresenta ou refere problemas nesta NHF.
8. MANTER A TEMPERATURA DO CORPO NUM NÍVEL NORMAL	Apirética.
9. ESTAR LIMPO E PROTEGER OS TEGUMENTOS	Não apresenta ou refere problemas nesta NHF.
10. EVITAR PERIGOS	Orientada no tempo e espaço. Colaborante.
11. COMUNICAR E EXPRESSAR SENTIMENTOS	Refere alguma apreensão por estar internada, pois o último internamento foi há cerca de 5 anos. Refere namorar há pouco tempo, mas refere que gostava de ir viver com o namorado e pensa em ter filhos.
12. PRATICAR DE ACORDO COM A FÉ	Não apresenta ou refere problemas nesta NHF.
13. TRABALHAR E REALIZAÇÃO	É estudante do 1º ano da licenciatura em Comunicação Social na universidade Lusófona, vai tentar mudar para a universidade estatal no próximo ano lectivo, refere gostar do curso.
14. DIVERTIR-SE (FORMAS DE RECREAÇÃO)	Praticou voléi, parou há alguns anos, não sabe referir quantos.
15. APRENDER	Sabe os cuidados que deve ter para evitar exacerbações da FQ.

Diagnósticos de enfermagem

- Alteração da NHF respirar relacionada com infecção respiratória manifestado por presença de secreções muco-purulentas em abundante quantidade
- Risco de alteração da NHF respirar e divertir-se relacionado com falta de motivação para praticar exercício físico
- Risco de alteração da NHF comer e beber relacionado com IMC de 18,47 no limite do abaixo do peso saudável
- Risco de alteração da NHF eliminação por antecedentes pessoais de insuficiência renal
- Alteração da necessidade repousar e dormir manifestado por dificuldade em adormecer
- Risco de alteração da expressão da sua sexualidade relacionado riscos de uma gravidez não planeada e não vigiada

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objectivos	Actividades	Avaliação
12/01/2012	Alteração da NHF respirar relacionada com infecção respiratória manifestado por presença de secreções mucopurulentas em abundante quantidade	- Que a doente elimine secreções	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a realização do “pulmozyme” após o pequeno-almoço de maneira a realizar RFR 2 horas após este aproveitando sua maior eficácia; - Consulta do processo clínico da doente - Observação de RX TX mais recentes, leitura de gasimetria arterial mais recente - Realização da auscultação pulmonar - Avaliação dos sinais vitais, padrão respiratório e sinais de dificuldade respiratória antes e após os exercícios programados - Ensino e realização de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posição de descanso e relaxamento; ✓ Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; ✓ Reeducação abdomino-diafragmática posterior sem e com resistência, e das hemicúpulas direitas e esquerdas; ✓ Reeducação costal global com bastão, reeducação costal selectiva com abertura costal; ✓ Drenagem postural modificada 	<p>12/01/2012 (Ver colheita de dados)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou pulmozyme cerca das 11h30, incentivada a fazê-lo mais cedo; - Antes da realização dos exercícios programados apresenta uma frequência respiratória (FR) de 18 ciclos/min., uma frequência cardíaca (FC) de 105 p/min. e uma saturação periférica (SaO₂) de 98%. Apresenta uma dispneia grau I; - Realizou posição de descanso de forma adequada; - Realizou controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração; - Realizou reeducação abdomino-diafragmática posterior sem resistência, e das hemicúpulas direitas e esquerdas; - Realizou reeducação costal global com bastão, reeducação costal selectiva com abertura costal ambos os hemitorax; - Realizou drenagem postural modificada dos lobos pulmonares esquerdos e dos lobos pulmonares direitos associado a um controle respiratório de cerca de 30 ciclos; - Realizou flutter, corrigiu a posição de realização de flutter para a correcta; - Tem tosse eficaz, expele secreções mucopurulentas espessas em abundante quantidade; - Termina exercícios com FC de 86 p/min. e uma SaO₂ de 97%, com dispneia grau I, fica com O₂ a 0,5 L/min. - Feito reforço sobre a necessidade de realizar

			<p>associado à ciclo activo das técnicas respiratórias (CATR);</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Flutter no turno da manhã e tarde; - Avaliação e registo das características e quantidade de secreções; - Reforçar a necessidade de realizar RFR após a alta de manhã e à noite; 	<p>exercícios de RFR após a alta de forma correcta;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedido a colaboração da equipe de enfermagem para que a doente realize flutter no turno da tarde; <p>13/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou “pulmozyme” cerca das 11h, incentivada ao realizá-lo mais cedo; - O₂ a 0,5 L/min. - Antes da realização dos exercícios programados apresenta uma FC de 96 p/min. e uma SaO₂ de 91%. Apresenta uma dispneia grau I; - AP – mantém roncos ambos lobos inferiores, mais acentuados à direita e crepitações no lobo médio direito; - Realizou exercícios respiratórios como no dia anterior; - Tem tosse eficaz, expele secreções mucopurulentas espessas em abundante quantidade; - Termina exercícios com FC de 117 p/min. e uma SaO₂ de 97%, com dispneia grau I; - Pedido a colaboração da equipe de enfermagem para que a doente realize flutter no turno da tarde; <p>16/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou “pulmozyme” cerca das 10h30; - Antes da realização dos exercícios programados apresenta uma FC de 88 p/min. e uma SaO₂ de 98%. Apresenta uma dispneia grau I; - AP – mantém roncos ambos lobos inferiores, mais acentuados à direita e crepitações no lobo médio direito; - Realizou exercícios respiratórios como no dia anterior;
--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Tem tosse eficaz, expele secreções amareladas espessas em menor quantidade; - Termina exercícios com FC de 89 p/min. e uma SaO₂ de 97%, com dispneia grau I, fica sem aporte de O₂; - Pedido a colaboração da equipe de enfermagem para que a doente realize flutter no turno da tarde; <p>17/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou “pulmozyme” cerca das 10h30; - Antes da realização dos exercícios programados apresenta uma FC de 89 p/min. e uma SaO₂ de 98%. Apresenta uma dispneia grau I; - AP - diminuição dos roncos e ausência de crepitações; - Realizou exercícios respiratórios como no dia anterior; - Reeducação costal selectiva com abertura costal ambos os hemitorax com peso de 0,5 kg; - Tem tosse eficaz, expele secreções amareladas espessas em menor quantidade; - Termina exercícios com FC de 83 p/min. e uma SaO₂ de 98%, com dispneia grau I; - Pedido a colaboração da equipe de enfermagem para que a doente realize flutter no turno da tarde; <p>18/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou “pulmozyme” cerca das 10h30; - Antes da realização dos exercícios programados apresenta uma FC de 85 p/min. e uma SaO₂ de 95%. Apresenta uma dispneia grau I; - AP - murmúrio vesicular mantido em todos os lobos;
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Realizou exercícios respiratórios como no dia anterior; - Tem tosse eficaz, expele secreções mucosas/amareladas viscosas em menor quantidade; - Termina exercícios com FC de 94 p/min. e uma SaO₂ de 97%, com dispneia grau I; - Pedido a colaboração da equipe de enfermagem para que a doente realize flutter no turno da tarde; <p>19/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou “pulmozyme” cerca das 10h30; - Antes da realização dos exercícios programados apresenta uma FC de 85 p/min. e uma SaO₂ de 96%. Apresenta uma dispneia grau I; - Realizou exercícios respiratórios como no dia anterior; - Tem tosse eficaz, expele secreções mucosas/amareladas viscosas em menor quantidade; - Termina exercícios com FC de 81 p/min. e uma SaO₂ de 98%, com dispneia grau I; - Pedido a colaboração da equipe de enfermagem para que a doente realize flutter no turno da tarde; <p>20/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou “pulmozyme” cerca das 10h00; - Antes da realização dos exercícios programados apresenta uma FC de 93 p/min. e uma SaO₂ de 97%. Apresenta uma dispneia grau I; - Realizou exercícios respiratórios como no dia anterior; - Tem tosse eficaz, expele secreções mucosas
--	--	--	---

12/01/2012	Risco de alteração da NHF respirar e divertir-se relacionado com falta de motivação para praticar exercício físico	Que a doente pratique exercício físico	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos sinais vitais, padrão respiratório e sinais de dificuldade respiratória antes e após os exercícios programados; - Realização treino de exercício durante o internamento com pedaleira com duração de 15 minutos; - Programação de ida ao Departamento de RFR para realização de treino de exercício no ginásio; - Incentivo da prática de exercício físico após a alta como corrida, natação, etc; - Ensino para manter uma hidratação adequada durante o exercício e risco de broncoespasmo; 	<p>viscosas em moderada quantidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Termina exercícios com FC de 79 p/min. e uma SaO₂ de 100%, com dispneia grau I; - Feito reforço da necessidade de realizar RFR durante o fim-de-semana e após a alta, refere que irá realizá-los e não refere dúvidas; - Pedido a colaboração da equipe de enfermagem para que a doente realize flutter no turno da tarde e durante o fim-de -semana; <p>ALTA 23/01/2012</p> <p>18/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes da realização dos exercícios programados apresenta uma FC de 94 p/min. e uma SaO₂ de 97%. Apresenta uma dispneia grau I; - Realizou pedaleira durante 25 min., no final apresenta SaO₂ de 99%, dispneia grau I e Borg de 1; - Demonstra-se motivada perante ida ao ginásio do Departamento; - Realizado contacto com EER do Departamento para programar ida ao ginásio da doente para o dia seguinte; - Refere querer voltar a praticar exercício físico após a alta, nomeadamente kickboxing; - Realizados ensinamentos sobre a necessidade de manter hidratação durante a prática de exercício e vigilância de sinais de dificuldade respiratória; <p>19/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes da realização dos exercícios programados apresenta uma FC de 81 p/min. e uma SaO₂ de
------------	--	--	---	--

12/01/2012	Risco de alteração da NHF comer e beber relacionado com IMC de 18,47 no limite do abaixo do peso saudável	Que a doente faça uma alimentação hipercalórica e hiperlipídica	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação IMC; - Avaliação hábitos alimentares; - Realização de dieta hipercalórica e hiperlipídica durante o internamento; - Ensino de dieta hipercalórica e hiperlipídica adaptada aos gostos da doente após a alta; 	<p>98%. Apresenta uma dispneia grau I;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou pedaleira durante 15 min., no final apresenta SaO₂ de 99%, dispneia grau I e Borg de 1; - A doente refere não ter vontade de ir ao ginásio por ter descansado pouco durante a noite, após insistência mantém sua decisão. Programa-se para dia seguinte; - Feito reforço dos benefícios da prática de exercício após a alta; <p>20/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes da realização dos exercícios programados apresenta uma FC de 79 p/min. e uma SaO₂ de 100%. Apresenta uma dispneia grau I; - Realizou pedaleira durante 15 min., no final apresenta SaO₂ de 99%, dispneia grau I e Borg de 1; - A doente continua a não ter querer ir ao ginásio; <p>ALTA 23/01/2012</p> <p>12/01/2012 (Ver colheita de dados)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza dieta calculada pela dietista, faz suplementos hipercalóricos entre as refeições; - Incentivada a alimentar-se de todas as refeições, com reforço do pequeno-almoço; - Realizados ensinamentos sobre a dieta após a alta, não refere dúvidas; <p>20/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não refere dúvidas relativamente à alimentação;
------------	---	---	---	--

12/01/2012	Risco de alteração da NHF eliminação por antecedentes pessoais de insuficiência renal	Que a doente tenha um volume urinário diário entre 1000 e 1500 ml	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância da diurese e características da urina; - Incentivo de ingestão de 1,5 L/dia; 	<p>ALTA 23/01/2012</p> <p>12/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - A doente tem avaliação diária de diurese, a doente refere urinar várias vezes por dia em grande quantidade desde que iniciou soroterapia e reforço hídrico, não existem registos de diurese pois a doente urina no wc; - Refere ter uma urina concentrada de manhã ficando mais clara ao longo do dia; - Feito reforço da necessidade de beber 1,5 L de água por dia; <p>19/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refere manter bons débitos urinários; - Refere urina mais clara de manhã, mantendo-se assim ao longo do dia; - Refere ingerir cerca de 1, 5 L por dia; <p>ALTA 23/01/2012</p>
12/01/2012	Alteração da necessidade de repousar e dormir manifestado por dificuldade em adormecer	Que a doente descanse	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino de técnicas de relaxamento para realizar ao deitar; - Permitir que a doente expresse preocupações, sentimentos; - Avaliação com a equipa médica da necessidade de prescrição de medicação; 	<p>12/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - A doente refere apreensão com internamento; - Referido à equipa médica do problema, fica prescrito alprazolam 0,5 mg <p>13/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - A doente refere ter adormecido e dormido sem problema <p>ALTA 23/01/2012</p>

12/01/2012	Risco de alteração da expressão da sua sexualidade relacionado riscos de uma gravidez não planeada e não vigiada	Que a doente exprima a sua sexualidade tendo em conta a sua patologia	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir que a doente expresse sentimentos, dúvidas relacionados com anticoncepcionais, gravidez; - Reforçar ensinios sobre a necessidade de uso correcto de anticoncepcionais e de quando a doente e companheiro o desejarem planear a gravidez, importância do estudo genético de ambos os progenitores; 	<p>12/01/2012 (ver colheita de dados)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguida na consulta da Dr.ª Pilar que já realizou ensinios sobre a necessidade de realizar anticoncepcionais e de planear a gravidez; <p>19/01/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforçados ensinios sobre a necessidade de planear a gravidez e aconselhar-se com médica assistente (Dr.ª Pilar); - Pouco comunicativa refere apenas que deseja ter filhos e que sabe dos cuidados que deve ter, inclusive da necessidade de realizar estudo genético; <p>ALTA 23/01/2012</p>
------------	--	---	---	--

APÊNDICE VIII: GUIA COLHEITA DE DADOS E ESCALAS EC MEDICINA

Nome:
Data de nascimento:
Idade:
Sexo:
Etnia/raça:
Escolaridade:
Estado profissional:
Centro de Saúde:
Agregado familiar:
Pessoa significativa:
Cuidador:

HISTORIA ANTERIOR AO INTERNAMENTO

Antecedentes Pessoais:

Terapêutica ambulatória:

AVALIAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – DATA DE ADMISSÃO:

Motivo do internamento

Diagnóstico:

Terapêutica prescrita na Medicina :

Avaliação física

Padrão respiratório:

Avaliação de enfermagem de reabilitação

Estado de Consciência

Escala de Glasgow:

Abertura de olhos: (4) Espontaneamente __ (3) Por ordem __ (2) À dor __
(1) Nula __

Resposta Verbal: (5) Orientada __ (4) Confusa __ (3) Delirante __
(2) Incompreensível __ (1) Nula __

Resposta Motora: (6) Obedece a ordens __ (5) Localiza a dor __ (4) Foge á
dor __ (3) Flexão anormal __ (2) Em extensão __ (1) Nula __

SCORE: __

Avaliação Motora

Avaliação da força muscular:

Escala de Lower: Grau 0 – Sem contracção muscular voluntária; Grau 1 – Contracção muscular sem movimento; Grau 2 – Movimenta mas não vence a gravidade; Grau 3 – Vence a gravidade mas não a resistência; Grau 4 – Vence alguma resistência; Grau 5 – Força normal

Membro superior Direito:

Membro inferior Direito:

Membro superior esquerdo:

Membro inferior esquerdo:

Tónus Muscular:

Escala Modificada de ASHWORTH- (0) nenhum aumento no tónus muscular; (1) leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (ADM), quando a região é movida em flexão ou extensão; (1+) leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante; (2) aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente; (3) considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil; (4) parte afectada rígida em flexão ou extensão.

SCORE:

Hipotonicidade:
Avaliação da amplitude articular:

Avaliação Motora	
Avaliação da força muscular:	
Membro superior Direito:	
Membro inferior Direito:	
Membro superior esquerdo:	
Membro inferior esquerdo:	

Avaliação Motora	
Avaliação da força muscular:	
Membro superior Direito:	
Membro inferior Direito:	
Membro superior esquerdo:	
Membro inferior esquerdo:	

Equilíbrio (Ausente, Deficiente, Razoável, Bom)		
	Estático	Dinâmico
Sentado		
Em pé		

Equilíbrio (Ausente, Deficiente, Razoável, Bom)		
	Estático	Dinâmico
Sentado		
Em pé		

Avaliação Sensitiva							
Avaliação da sensibilidade (Normal, Diminuída, Ausente)							
	Membro Superior		Membro Inferior		Tronco	Face	
	Dir.	Esq.	Dir.	Esq.		Dir.	Esq.
Térmica							
Dolorosa							
Táctil							
Postural							

Sensibilidade vibratória não foi avaliada

Realização AVD (escala de Katz modificada)

FUNÇÃO	INDEPENDÊNCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e correctamente actividade considerada (0)	DEPENDÊNCIA		
		PARCIAL		COMPLETA
		Faz parcialmente ou não corretamente a actividade ou com pouca dificuldade Ajuda não humana (1)	Ajuda humana (2)	Não faz a actividade considerada (3)
HIGIENE Usa adequadamente chuveiro, sabão	Independente para entrar e sair da banheira/duche.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes	Recebe assistência no banho para mais de uma

e/ou esponja		material para o banho.	do corpo (costas ou pernas) ou supervisão	parte do corpo (ou não se lava)	
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.	Independente para preparar a roupa e vestir-se	Necessidade de apoio de algum objecto para vestir-se.	Necessidade de ajuda humana para preparar a roupa.	Dependência total para vestir-se.	
USO DO SANITÁRIO Locomove-se até o sanitário, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.	Independente para ir ao sanitário e limpar-se.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou outros produtos de apoio para a higiene	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou limpar-se.	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação	
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa	Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito	
CONTROLE ESFINCTERIANO	Micção	Independência para controlar a micção	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol ou arrastadeira para controlo da micção e defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da micção (supervisão) ou usa dispositivos de contensão nocturnos somente	Dependência total através do uso constante dispositivos de contensão
	Evacuar	Independência para controlar os esfíncteres	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol ou arrastadeira para controlo da defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa dispositivos de contensão nocturnos somente.	Dependência total através do uso constante de dispositivos de contensão
ALIMENTAR-SE Consegue levar os alimentos à boca	Independente levar o alimento à boca	Necessidade de ajuda através do uso de produtos de apoio para a alimentação	Alimenta-se sozinho excepto para cortar a carne e por manteiga no pão	Dependência total para a alimentação	

NIHSS (escala internacional de AVC do *National Institute of Health*)

	Categoria	Descrição	Pts	Pts
1a	Nível de consciência	Alerta	0	0
		Sonolento	1	1
		Estupor	2	2
		Coma	3	3
1b	Orientação (mês, idade)	Ambas correctas	0	0
		Uma correcta	1	1
		Ambas incorrectas	2	2
1c	Comandos: abrir e fechar os olhos/apertar e soltar a mão	Ambos correctos	0	0
		Um correcto	1	1
		Ambos incorrectos	2	2
2	Melhor motricidade ocular (acompanhar o dedo)	Normal	0	0
		Parésia do olhar conjugado	1	1
		Desvio do olhar conjugado	2	2
3	Melhor campo visual (campo visual)	Sem perda visual	0	0
		Hemianópsia parcial	1	1
		Hemianópsia completa	2	2
		Hemianópsia bilateral	3	3
4	Parésia facial (mostrar dentes, elevar sobrancelhas, fechar olhos com força)	Normal	0	0
		Mínimo	1	1
		Parcial	2	2
		Completo	3	3
5	Motricidade do braço esquerdo (elevar a 90°, manter por 10 segundos)	Sem queda	0	0
		Queda	1	1
		Não consegue resistir a gravidade	2	2
		Sem esforço contra a gravidade	3	3
		Sem movimento	4	4
6	Motricidade do braço direito (elevar a 90°, manter por 10 segundos)	Sem queda	0	0
		Queda	1	1
		Não consegue resistir a gravidade	2	2
		Sem esforço contra a gravidade	3	3
		Sem movimento	4	4
7	Motricidade da perna esquerda (elevar	Sem queda	0	0

	a 30°, manter por 5 segundos)	Queda Não consegue resistir a gravidade Sem esforço contra a gravidade Sem movimento	1 2 3 4	1 2 3 4
8	Motricidade da perna direita (elevar a 30°, manter por 5 segundos)	Sem queda Queda Não consegue resistir a gravidade Sem esforço contra a gravidade Sem movimento	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9	Ataxia apendicular (dedo-nariz, tornozelo-perna)	Ausente Presente em membro superior ou inferior Presente em membro superior e inferior	0 1 2	0 1 2
10	Sensibilidade (picada na face, braço, perna)	Normal Perda parcial Perda grave	0 1 2	0 1 2
11	Extinção/negligência (teste duplo simultâneo)	Ausência de negligência Negligência parcial Negligência completa	0 1 2	0 1 2
12	Disartria	Articulação normal Disartria leve a moderada Quase ininteligível ou pior	0 1 2	0 1 2
13	Linguagem (nome de itens, descrever figuras)	Sem afasia Afasia leve a moderada Afasia grave Mudo	0 1 2 3	0 1 2 3
	Total	-	0-42	0-42
	J. L.		9	6

< 10 -

boa recuperação >20 – pouco favorável

Avaliação pares cranianos

I – Olfactivo –

II – Óptico –

III – Oculomotor/ IV – Patético/ VI – Motor ocular externo –

V – Trigémio –

VII – Facial –

VIII – Acústico –

IX – Glossofaríngeo –

X – Vago –

XI – Espinhal –

XII – Hipoglosso –

APÊNDICE IX: PLANO DE CUIDADOS EC MEDICINA

Nome: M. A.

Data de nascimento: 14/01/1933

Idade: 78 anos

Sexo: masculino

Etnia/raça: caucasiana

Escolaridade: 4º ano

Estado profissional: reformado era pintor

Centro de Saúde: Unidade Saúde Familiar S. João do Pragal

Agregado familiar: vive só com a esposa, tem 4 filhos

Pessoa significativa: 2 filhas (Célia e Ana)

Cuidador: as 2 filhas apoiam os pais desde o último internamento do Sr. M. A.

HISTORIA ANTERIOR AO INTERNAMENTO

Antecedentes Pessoais: Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 insulino dependente, hipertrofia benigna da próstata, fumador até aos 50 anos, tuberculose pulmonar aos 50 anos com internamento prolongado no Hospital Pulido Valente, bronquite crónica diagnosticada em 2008, enfarte sequelar no território vascular da artéria cerebelosa postero-inferior (PICA) esquerda em Setembro de 2011, teve alta do serviço de neurologia do hospital Garcia de Orta no dia 21/10/2011, neste internamento é lhe também diagnosticado neurosífilis. Após a alta mantém ligeiro desequilíbrio da marcha com desvio para a esquerda, segundo nota de alta do serviço de neurologia.

Terapêutica ambulatória:

- Rosuvastatina comp.
- Nitroglicerina transdérmica
- Insulina Humalog (20+30 unidades)
- Lisinopril 5 mg
- Clopidogrel comp.

AVALIAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – DATA DE ADMISSÃO: 08/11/2011

Motivo do internamento (dados colhidos no relatório de urgência):

“Diminuição da força muscular à esquerda desde há um dia, com queda ontem, tem pequeno hematoma frontal”.

1ª avaliação no serviço de urgência no dia 08/11/2011 (dados colhidos no relatório de urgência):

“Á entrada orientado no tempo e espaço. Hemiparésia esquerda flácida”

Avaliação neurológica no serviço de urgência no dia 08/11/2011 (dados colhidos no relatório de urgência):

“Ligeiro apagamento do sulco nasogeniano direito. Disartria. Sem outras alterações dos pares cranianos. Hemiparésia esquerda grau 4 - no membro superior e grau 4 no membro inferior. Sem alterações da sensibilidade.”

TAC CE de 08/11/2011

“Sem lesões traumáticas intracranianas, excluindo-se hematoma subdural. As lesões vasculares sequelares (cerebelosa esquerda) e a lesão traumática frontal bilateral estão documentadas na ressonância magnética nuclear (RMN) de 03/10/2011, bem como áreas de hipodensidade na substância branca frontal. Sem evidência de lesão vascular recente.”

Na RMN de 03/10/2011 era relatado “enfarte sequelar no território vascular da PICA esquerda. Sinais de desmielinização vascular, individualizando algumas pequenas áreas arredondadas de hipossinal nas imagens ponderadas no terço médio do corpo caloso, cicunvolução supracalosa direita e face medial do núcleo lenticular homolateral que se admite correspondam a enfartes lacunares. Não tinha sinais de lesão vascular recente.”

Diagnóstico a 08/11/2011

Doença vascular cerebral aguda, mas mal definida. AVC em investigação.

Transferido para o serviço de Medicina no dia 10/11/2011 no turno da tarde

Terapêutica prescrita na Medicina 2:

- Atorvastatina 10 mg 1x/dia
- Esomeprazol 20 mg 1x/dia
- Lisinopril 2,5mg 1x/dia
- Acido acetilsalicílico 100 mg 1x/dia
- Insulina de acção intermédia 12 unidades 1x/dia

Avaliação física

Pele e mucosas coradas e hidratadas

Padrão respiratório:

- Respiração toracoabdominal, profunda
- 16 ciclos/minutos
- Movimentos torácicos simétricos
- Não apresenta tosse ou secreções

Avaliação de enfermagem de reabilitação

Estado de Consciência (11/11/2011)
<p>Escala de Glasgow: Abertura de olhos: (4) Espontaneamente <u>X</u> (3)Por ordem ___ (2)Á dor___ (1)Nula ___ Resposta Verbal: (5) Orientada <u>X</u> (4)Confusa ___ (3)Delirante ___ (2) Incompreensível ___ (1) Nula ___ Resposta Motora: (6) Obedece a ordens <u>X</u> (5)Localiza a dor___ (4)Foge á dor___ (3)Flexão anormal ___ (2)Em extensão___ (1)Nula ___ SCORE: <u>15</u></p>

Apresenta Neglect à esquerda e labilidade emocional (na presença das filhas)

Avaliação Motora (11/11/2011)
<p><u>Avaliação da força muscular:</u> Escala de Lower: Grau 0 – Sem contracção muscular voluntária; Grau 1 – Contracção muscular sem movimento; Grau 2 – Movimenta mas não vence a gravidade; Grau 3 – Vence a gravidade mas não a resistência; Grau 4 – Vence alguma resistência; Grau 5 – Força normal</p> <p>Membro superior Direito: <u>Grau 5</u> Membro inferior Direito: <u>Grau 5</u> Membro superior esquerdo: <u>Grau 2 – mobiliza dedos mão, não movimenta mais nenhum segmento do membro superior</u></p>

Membro inferior esquerdo: Grau 3- não mobiliza articulações do pé e tibiotársica

Tónus Muscular:

Escala Modificada de ASHWORTH- (0) nenhum aumento no tónus muscular; **(1)** leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (ADM), quando a região é movida em flexão ou extensão; **(1+)** leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante; **(2)** aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente; **(3)** considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil; **(4)** parte afectada rígida em flexão ou extensão.

SCORE: 0 - nenhum aumento no tónus muscular

Hipotonicidade: **membro superior esquerdo com tonicidade diminuída**

Avaliação da amplitude articular:

11/11/2011

- No segmento escapuloumeral esquerdo resistência e dor na amplitude de 90°, na abdução;
- Restantes articulações com amplitude mantida.
- Realiza flexão/hiperextensão, rotação direita e esquerda e lateralização das articulações cervicais com boa amplitude e sem dor

15/11/2011

- Diminuição da dor na abdução do segmento escapuloumeral esquerdo na amplitude de 90°, mantém alguma resistência;

Avaliação Motora (14/11/2011)

Avaliação da força muscular:

Membro superior Direito: Grau 5

Membro inferior Direito: Grau 5

Membro superior esquerdo: Grau 3

Membro inferior esquerdo: Grau 4

Avaliação Motora (15/11/2011)

Avaliação da força muscular:

Membro superior Direito: Grau 5

Membro inferior Direito: Grau 5

Membro superior esquerdo: Grau 4

Membro inferior esquerdo: Grau 4

Equilíbrio (Ausente, Deficiente, Razoável, Bom) (11/11/2011)

J. L.	Estático	Dinâmico
Sentado	Bom ligeiro desvio para a esquerda	Bom ligeiro desvio para a esquerda
Em pé	Ausente	Ausente

Equilíbrio (Ausente, Deficiente, Razoável, Bom) (14/11/2011)

J. L.	Estático	Dinâmico
Sentado	Bom	Bom
Em pé	Ausente	Ausente

Avaliação Sensitiva (11/11/2011)							
Avaliação da sensibilidade (Normal, Diminuída, Ausente)							
	Membro Superior		Membro Inferior		Tronco	Face	
	Dir.	Esq.	Dir.	Esq.		Dir.	Esq.
Térmica	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	
Dolorosa	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	
Táctil	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	
Postural	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	

Sensibilidade vibratória não foi avaliada

Realização AVD (escala de Katz modificada) – 11/11/2011

FUNÇÃO	INDEPENDÊNCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e correctamente actividade considerada (0)	DEPENDÊNCIA		
		PARCIAL		COMPLETA
		Faz parcialmente ou não corretamente a actividade ou com pouca dificuldade	Ajuda não humana (1)	Ajuda humana (2)
HIGIENE Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja	Independente para entrar e sair da banheira/duche.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho.	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão X	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se lava)
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.	Independente para preparar a roupa e vestir-se	Necessidade de apoio de algum objecto para vestir-se.	Necessidade de ajuda humana para preparar a roupa. X	Dependência total para vestir-se.
USO DO SANITÁRIO Locomove-se até o sanitário, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.	Independente para ir ao sanitário e limpar-se.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou outros produtos de apoio para a higiene	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou limpar-se. X	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa	Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito

				X	
CONTROLE ESFINCTERIANO	Micção	Independência para controlar a micção X	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol ou arrastadeira para controlo da micção e defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da micção (supervisão) ou usa dispositivos de contensão nocturnos somente	Dependência total através do uso constante dispositivos de contensão
	Evacuar	Independência para controlar os esfíncteres X	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol ou arrastadeira para controlo da defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa dispositivos de contensão nocturnos somente.	Dependência total através do uso constante de dispositivos de contensão
ALIMENTAR-SE Consegue levar os alimentos à boca	Independente levar o alimento à boca		Necessidade de ajuda através do uso de produtos de apoio para a alimentação	Alimenta-se sozinho excepto para cortar a carne e por manteiga no pão X	Dependência total para a alimentação

14/11/2011

ALIMENTAR-SE Consegue levar os alimentos à boca	Independente levar o alimento à boca X		Necessidade de ajuda através do uso de produtos de apoio para a alimentação	Alimenta-se sozinho excepto para cortar a carne e por manteiga no pão	Dependência total para a alimentação
---	---	--	---	---	--------------------------------------

11/11/2011

Higiene- Dependência parcial com ajuda humana
Vestir-se - Dependência parcial com ajuda humana
Uso do sanitário - Dependência parcial com ajuda humana
Transferir-se – Dependência parcial com ajuda humana
Controle esfinterianos (micção) - Independência
Controle esfinterianos (evacuar) - Independência
Alimentar-se - Dependência parcial com ajuda humana

14/11/2011

Alimentar-se - Independência

NIHSS (escala internacional de AVC do National Institute of Health)

	Categoria	Descrição	Pts 11/11	Pts 15/11
1a	Nível de consciência	Alerta Sonolento Estupor Coma	0 1 2 3	0 1 2 3

1b	Orientação (mês, idade)	Ambas correctas Uma correcta Ambas incorrectas	0 1 2	0 1 2
1c	Comandos: abrir e fechar os olhos/apertar e soltar a mão	Ambos correctos Um correcto Ambos incorrectos	0 1 2	0 1 2
2	Melhor motricidade ocular (acompanhar o dedo)	Normal Parésia do olhar conjugado Desvio do olhar conjugado	0 1 2	0 1 2
3	Melhor campo visual (campo visual)	Sem perda visual Hemianópsia parcial Hemianópsia completa Hemianópsia bilateral	0 1 2 3	0 1 2 3
4	Parésia facial (mostrar dentes, elevar sobrancelhas, fechar olhos com força)	Normal Mínimo Parcial Completo	0 1 2 3	0 1 2 3
5	Motricidade do braço esquerdo (elevar a 90°, manter por 10 segundos)	Sem queda Queda Não consegue resistir a gravidade Sem esforço contra a gravidade Sem movimento	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6	Motricidade do braço direito (elevar a 90°, manter por 10 segundos)	Sem queda Queda Não consegue resistir a gravidade Sem esforço contra a gravidade Sem movimento	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7	Motricidade da perna esquerda (elevar a 30°, manter por 5 segundos)	Sem queda Queda Não consegue resistir a gravidade Sem esforço contra a gravidade Sem movimento	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8	Motricidade da perna direita (elevar a 30°, manter por 5 segundos)	Sem queda Queda Não consegue resistir a gravidade Sem esforço contra a	0 1 2	0 1 2

		gravidade	3	3
		Sem movimento	4	4
9	Ataxia apendicular (dedo-nariz, tornozelo-perna)	Ausente Presente em membro superior ou inferior Presente em membro superior e inferior	0 1 2	0 1 2
10	Sensibilidade (picada na face, braço, perna)	Normal Perda parcial Perda grave	0 1 2	0 1 2
11	Extinção/negligência (teste duplo simultâneo)	Ausência de negligência Negligência parcial Negligência completa	0 1 2	0 1 2
12	Disartria	Articulação normal Disartria leve a moderada Quase ininteligível ou pior	0 1 2	0 1 2
13	Linguagem (nome de itens, descrever figuras)	Sem afasia Afasia leve a moderada Afasia grave Mudo	0 1 2 3	0 1 2 3
	Total	-	0-42	0-42
	J. L.		9	6

< 10 – boa recuperação >20 – pouco favorável

Disartria , discurso perceptível, ausência de hipernasalidade, discurso ligeiramente identificado

Avaliação pares cranianos (11/11/2011)

I – Olfactivo – ausência de rinorraquia

II – Óptico – não apresenta alterações nos campos visuais

III – Oculomotor/ IV – Patético/ VI – Motor ocular externo – ausência de ptose palpebral, pupilas reactivas e isocóricas, movimentos oculares simétricos, sem nistagmo

V – Trigémio – sensibilidade mantida em toda a face; movimentos mandíbula simétricos e mantidos

VII – Facial – não se observa apagamento do sulco nasogeniano, sorri, assobia, franze os olhos sem assimetrias, sem desvio da comissura labial

VIII – Acústico – acuidade auditiva mantida, equilíbrio sentado mantido

IX – Glossofaríngeo – consegue distinguir sabores

X – Vago – ausência de rouquidão, tosse eficaz

XI – Espinhal – ligeira depressão escapulo-umeral à esquerda

XII – Hipoglossos – sem desvios ou tremores da língua

Cuidadores

11/11/2011 – Tem 2 filhas que irão ser as principais cuidadoras no regresso a casa do Sr. M. A.

Problemas identificados (11/11/2011)

- ✓ Alteração da mobilidade relacionado com doença vascular cerebral aguda do hemisfério direito manifestado por hemiparésia à esquerda;
- ✓ Alteração da mobilidade relacionado com doença vascular cerebral aguda do hemisfério direito manifestado por neglect à esquerda;

- ✓ Risco de instalação do padrão espástico relacionado com hemiparésia à esquerda;
- ✓ Risco de alteração da comunicação relacionado com disartria;
- ✓ Alteração da capacidade para cuidar da sua higiene relacionado com hemiparésia à esquerda;
- ✓ Alteração da capacidade em vestir/despir relacionado com hemiparésia à esquerda;
- ✓ Alteração da capacidade em transferir-se relacionado com hemiparésia à esquerda;
- ✓ Alteração da capacidade em alimentar-se relacionado com hemiparésia à esquerda.

Data	Diagnóstico	Objectivos	Actividades	Avaliação
<p>11/11 (3º dia internamento)</p>	<p>Alteração da mobilidade relacionada com doença vascular cerebral aguda do hemisfério direito manifestado por hemiparésia à esquerda</p>	<p>Aumentar a força muscular no hemicorpo esquerdo</p>	<p>- Avaliação grau da força muscular no hemicorpo esquerdo; - Explicação de cada actividade antes da sua realização; - Realização de exercícios passivos, activos, activos assistidos e activos resistidos de acordo com a capacidade de mobilização de cada articulação do membro superior e membro inferior esquerdo e tolerância do Sr. M. A.; - Execução de auto-mobilizações do membro superior esquerdo após ensino, instrução e treino; - Incentivar mobilizações activas do membro superior e membro inferior esquerdo; - Execução de actividades terapêuticas como a ponte, rolar para o lado afectado e para o lado são; - Reforço positivo; - Envolvimento das cuidadoras nas actividades terapêuticas após respectivo ensino, instrução e treino.</p>	<p>11/11</p> <p>- O Sr. M. A. apresenta no membro superior esquerdo uma força grau 2 e no membro inferior esquerdo uma força grau 3;</p> <p>- Realizados exercícios activos assistidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oposição do polegar com zona distal dedos da mão esquerda • abdução/adução articulações carpo-metacarpicas da mão esquerda; • flexão/extensão articulações carpo-metacarpicas e inter-falângicas da mão esquerda; • flexão/extensão da articulação joelho e coxo-femural esquerdo <p>- Realizados exercícios passivos com restantes articulações;</p> <p>- No segmento da articulação escapulo-umeral esquerda apresenta dor e resistência na abdução na amplitude de 90º;</p> <p>- Realiza auto-mobilizações no leito, refere cansaço após realização de 5 auto-mobilizações;</p> <p>- Realiza a ponte com apoio no joelho e pé esquerdo, boa elevação da bacia;</p> <p>- Rola para o lado afectado;</p> <p>- Rola para o lado são com pouca ajuda;</p> <p>- Realizados ensino, instrução e treino às</p>

				<p>cuidadoras sobre auto-mobilizações; 14/11</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresenta no membro superior esquerdo uma força grau 3 e no membro inferior esquerdo uma força grau 4; - Realizados exercícios activos resistidos: <ul style="list-style-type: none"> • extensão da articulação do joelho e coxo-femural esquerdo; - Realizados exercícios activos: <ul style="list-style-type: none"> • oponência do polegar com zona distal dos dedos da mão esquerda; - Realizados exercícios activos assistidos: <ul style="list-style-type: none"> • abdução/adução articulações carpo-metacarpicas da mão esquerda; • flexão/extensão articulações carpo-metacarpicas e inter-falângicas da mão esquerda; • flexão/extensão articulação do punho esquerdo; • flexão/extensão da articulação do cotovelo esquerdo; • pronação/supinação do segmento do antebraço • flexão da articulação do joelho e coxo-femural esquerda; - Realizados exercícios passivos nas restantes articulações; - Realiza auto-mobilizações com maior tolerância, realiza 10;
--	--	--	--	--

				<p>- Realizado ensino, instrução e treino às cuidadoras sobre ponte e o rolar; 15/11</p> <p>- Apresenta força grau 4 no membro superior e inferior esquerdo;</p> <p>- Realizados exercícios activos resistidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • flexão/extensão articulação punho esquerdo; • flexão/extensão articulação cotovelo esquerdo; • extensão articulação joelho e coxo-femural esquerda; <p>- Realizados exercícios activos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • efectua oponência do polegar com maior precisão; • abdução/adução articulações carpo-metacárpicas da mão esquerda • flexão articulações carpo-metacárpicas e inter-falângicas da mão esquerda; <p>- Realizados exercícios activos assistidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • extensão articulações carpo-metacárpicas e inter-falângicas da mão esquerda • lateralização articulação punho esquerdo; • pronação/supinação do segmento do antebraço • adução/abdução articulação
--	--	--	--	--

<p>11/11</p>	<p>Alteração da mobilidade relacionada com doença vascular cerebral aguda do hemisfério direito manifestado por neglect à esquerda</p>	<p>Promover a integração do hemicorpo esquerdo</p>	<p>- Implementação da facilitação cruzada (mesa-de-cabeceira, campainha, urinol e se possível providenciar que a porta do quarto fique do lado afectado), abordagem do Sr. M. A. pelo lado esquerdo promovendo a integração do lado afectado em todas actividades realizadas (alimentação, higiene, actividades terapêuticas, etc.); - Utilização do decúbito lateral para o lado afectado com maior frequência; - Sensibilização e incentivo do Sr. M. A. para a utilização da mão esquerda nas actividades; - Realização de actividades terapêuticas como auto-</p>	<p>escapuloumeral esquerda, refere diminuição da dor na amplitude de 90º, mantém alguma resistência;</p> <ul style="list-style-type: none"> • flexão articulação joelho e coxo-femural esquerda; - Realizados exercícios passivos nas restantes articulações; - Reforçado treino das cuidadoras na ponte e rolar, não apresentam dificuldade, nem referem dúvidas; <p>16/11 - ALTA</p> <p>11/11</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada organização da unidade do Sr. M. A. de maneira a permitir facilitação cruzada, excepto porta de entrada do quarto - O Sr. M. A. realiza facilitação cruzada; - Mobiliza-se no leito, incentivado a realizar decúbito lateral para o lado afectado com maior frequência e a alternar decúbitos - Rola para o lado afectado; - Rola para o lado são com pouca ajuda; - Realizados ensinamentos às cuidadoras sobre facilitação cruzada; - Realizados ensino, instrução e treino às cuidadoras sobre auto-mobilizações; <p>14/11</p>
--------------	--	--	---	--

<p>11/11</p>	<p>Risco de instalação do padrão espástico relacionado com hemiparésia à esquerda;</p>	<p>Prevenir a instalação do padrão espástico</p>	<p>mobilizações, rolar para o lado afectado e para o lado são; - Reforço positivo; - Envolvimento das cuidadoras nas actividades terapêuticas após respectivo ensino, instrução e treino;</p> <p>- Avaliação do tónus muscular do hemicorpo esquerdo e direito; - Implementação da facilitação cruzada; - Posicionamentos em padrão anti-espástico, utilizando o decúbito lateral para o lado afectado com maior frequência; - Realização das diferentes actividades terapêuticas como a ponte, rolar para o lado afectado e para o lado são; - Incentivar a realização de exercícios activos com o hemicorpo afectado; - Incentivar a realizar auto-mobilizações no leito e na cadeira; - Programar levante e realizá-lo;</p>	<p>- Realizados ensino, instrução e treino às cuidadoras relativamente ao rolar; - Utiliza mão esquerda para barrar manteiga no pão, vestir e despir, fazer a barba e lavar-se; 15/11 - Reforçado treino às cuidadoras relativamente ao rolar. Cuidadoras realizam facilitação cruzada; 16/11 - ALTA</p> <p>11/11 - Hipotonicidade no membro superior esquerdo; - Implementada facilitação cruzada na unidade do Sr. M. A.; - Mobiliza-se no leito, incentivado a realizar decúbito lateral para o lado afectado com maior frequência e a alternar decúbitos; - Realiza a ponte com apoio no joelho e pé esquerdo, boa elevação da bacia; - Rola para o lado afectado; - Rola para o lado são com pouca ajuda; - Realiza auto-mobilizações no leito, refere cansaço após realização de 5 auto-mobilizações; - Realizado levante para o cadeirão, o Sr. M. A. tolerou;</p>
--------------	--	--	--	---

<p>11/11</p>	<p>Risco de alteração da comunicação relacionado com disartria;</p>	<p>Promover capacidade comunicar</p>	<p>a de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforço positivo; - Envolvimento das cuidadoras nas actividades terapêuticas após respectivo ensino, instrução e treino; - Avaliação dos pares cranianos que influenciam a articulação de palavras (VII, IX, X e XII), hipernasalidade, velocidade do discurso - Criação de um ambiente calmo e silencioso; 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizados ensino, instrução e treino às cuidadoras sobre auto-mobilizações; 14/11 - Realiza mobilizações activas na oponência do polegar e flexão/extensão articulações carpo-metacarpicas e interfalângicas da mão esquerda, mas necessita ser incentivado; - Realiza auto-mobilizações com maior tolerância, realiza 10; - Realizada transferência do leito para a cadeira de banho, e desta para a cadeira de rodas; - Realizado ensino, instrução e treino às cuidadoras sobre a ponte e o rolar; 15/11 - Reforçado treino às cuidadoras relativamente ao rolar e ponte. Cuidadoras realizam facilitação cruzada; - Realizada transferência do leito para a cadeira de banho, e desta para a cadeira de rodas; 16/11 - ALTA 11/11 - Sem alterações dos pares cranianos - Discurso perceptível, ausência de hipernasalidade, discurso ligeiramente lentificado;
--------------	---	--------------------------------------	--	---

<p>11/11</p>	<p>Alteração da capacidade para cuidar da sua higiene relacionado com hemiparésia esquerda</p> <p>Alteração da capacidade vestir/despir relacionado com hemiparésia esquerda;</p>	<p>Promover o máximo de autonomia nos cuidados de higiene</p> <p>Promover o máximo de autonomia no vestir/despir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de treino de articulação das palavras em frente ao espelho, dizer uma palavra de cada vez, aguardar pela resposta o tempo necessário e incentivar a comunicação; - Reforço positivo; - Envolvimento das cuidadoras nas actividades após respectivo ensino, instrução e treino; - Explicação do que vai ser executado; - Colocação dos produtos de higiene à esquerda; - Realização de ensinios, instrução e treino sobre vestir/despir camisa com botões, sem botões e calças; - Incentivar o Sr. M. A. a lavar o lado afectado; - Incentivar o Sr. M. A. a utilizar a mão esquerda para lavar-se; - Proporcionar o Sr. M. A. ver-se ao espelho; - Incentivar o Sr. M. A. a fazer a barba; - Incentivar que o Sr. M. A. 	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. M. A. evita falar, acenando como resposta; 14/11 - Realizado ensinios às cuidadoras; 15/11 - Mantém discurso perceptível; 16/11- ALTA 11/11 - Foi explicado ao Sr. M. A. o que ia ser realizado; - Realizados ensinios, instrução e treino do vestir/despir no leito; - Realizados cuidados de higiene no leito; - Lavou tronco do lado afectado com a mão direita; - Realizou a higiene oral; - Penteou-se; - Primeiro levante para o cadeirão programado para hoje; - Após este e respectiva avaliação programar ida ao wc em cadeira de banho;
--------------	---	--	--	---

			<p>realize a sua higiene oral;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar que o Sr. M. A se penteie; - Programar ida ao wc em cadeira de banho após realização de primeiro levante e avaliação equilíbrio na posição de sentado; - Realizar ensino, instrução e treino do vestir/despir calças na cadeira; - Reforço positivo; - Envolvimento das cuidadoras nas actividades após realização de ensino, instrução e treino relativamente à higiene, adaptada às condições habitacionais do Sr. M. A., e ao vestir/despir, uso de roupas adaptadas à capacidade do Sr. M. A. (velcro, roupas largas, sapatos anti-derrapantes fechados atrás, etc.); - Pedir às cuidadoras que continuem a trazer a roupa do Sr. M. A. durante o internamento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizou levante para o cadeirão, tendo um bom equilíbrio sentado com ligeiro desvio para a esquerda; - Realizados ensinamentos às cuidadoras relativamente às condições necessárias do wc (acesso ao duche, produtos de apoio existentes, possíveis barreiras arquitectónicas) - Proporcionada informação sobre apoio domiciliário existentes na comunidade; 14/11 - Realizado transferência para a cadeira de banho, foi ao wc; - Despiu camisa com botões necessitando apenas de ajuda para desabotoar botões; - O Sr. M. A. fez a barba vendo-se ao espelho e utilizando a mão esquerda como auxílio; - Lavou-se utilizando também a mão esquerda, apenas necessitou de auxílio para a região dorsal e perineal; - Penteou-se vendo-se ao espelho; - Vestiu camisa sem botões com pouco auxílio; - Realizado treino vestir calças na cadeira; - Esclarecidas dúvidas das cuidadoras relativamente à ajuda que o Sr. M. A. necessita no wc, no vestir/despir
--	--	--	--	--

<p>11/11</p>	<p>Alteração da capacidade transferir-se relacionado hemiparésia esquerda;</p>	<p>Promover a capacidade transferir-se</p>	<p>- Explicação ao Sr. M. A. do que vai ser executado; - Avaliação da tensão arterial; - Após sentar no leito avaliação do equilíbrio estático e dinâmico; - Avaliação do equilíbrio estático de pé; - Realização de treino de equilíbrio sentado no leito e de pé; - Uso de sapatos antiderrapantes e fechados atrás; - Auxiliar na transferência; - Reforço positivo; - Envolvimento das cuidadoras nas actividades, após realização de ensino, instrução e treino das cuidadoras, adaptado às</p>	<p>- Realizado ensino, instrução e treino das cuidadoras sobre vestir/despir e roupas adaptadas à capacidade do Sr. M. A. 15/11 - Realizado ensino, instrução e treino das cuidadoras no transferir entre cadeiras - Realizado ensino, instrução e treino das cuidadoras relativamente ao vestir/despir na cadeira 16/11 – ALTA 11/11 - Foi explicado ao Sr. M. A. o que ia ser realizado; - Bom equilíbrio estático e dinâmico sentado com ligeiro desvio para a esquerda; - Realizado treino de equilíbrio sentado no leito; - O Sr. M. A. consegue efectuar pouca carga no membro inferior esquerdo; - Tolerou o levante para o cadeirão; 14/11 - Melhoria do equilíbrio estático e dinâmico sentado; - Realizada transferência do leito para a cadeira de banho, e desta para a cadeira de rodas; - Consegue efectuar mais carga no</p>
--------------	--	--	--	---

<p>11/11</p>	<p>Alteração da capacidade alimentar-se relacionado hemiparésia esquerda.</p>	<p>Promover a capacidade alimentar-se</p>	<p>condições habitacionais do Sr. M. A.;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o cliente a alimentar-se sozinho, com supervisão e a usar a mão esquerda como auxílio; - Preparar alimentos; - Preferir alimentos de fácil preparação para permitir que seja o Sr. M. A. a prepará-los no prato; - Avaliação da necessidade do uso de produtos de apoio; - Manter uma boa higiene oral; - Reforço positivo; - Envolvimento das cuidadoras nas actividades após realização de ensino, instrução e treino. 	<p>membro inferior esquerdo;</p> <p>15/11</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizado ensino, instrução e treino das cuidadoras na transferência entre cadeiras; <p>16/11 - ALTA</p> <p>11/11</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feito ensino de como preparar os alimentos; - Pequeno-almoço: auxiliado a barrar a manteiga no pão e a abrir o pacote do pão; - Almoço: o Sr. M. A. foi auxiliado na preparação do peixe pelas cuidadoras; - Consegue alimentar-se com autonomia com a mão direita; - Realizado ensinamentos, instrução e treino às cuidadoras <p>14 /11</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pequeno-almoço: consegue barrar manteiga no pão auxiliando-se com a mão esquerda; - Almoço: o Sr. M. A. foi auxiliado a preparação da carne pelas cuidadoras; <p>16/11 - ALTA</p>
--------------	---	---	--	---

APÊNDICE IX: REFLEXÕES EC MEDICINA

Reflexão II

O Sr. M. A. deu entrada no serviço de Medicina no dia 10 de Novembro com o diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) do hemisfério direito, mas no entanto na tomografia cranio-encefálica realizada à entrada não revelava evidência de lesão vascular recente. Apresentava uma hemiparésia braquial grau 2 e uma hemiparésia crural grau 3 à esquerda, ligeira disartria e uma labilidade emocional.

Este senhor já tinha tido um enfarte no território vascular da PICA esquerda do qual resultará um desequilíbrio da marcha para a direita, tinha tido alta há cerca de uma semana e agora estava novamente internado.

Após alguns dias em que não tinha prestado cuidados a pessoas com AVC, excepto o Sr. J. cujo estado de consciência tinha piorado devido ao surgimento de mais lesões isquémicas, este era um Sr. onde poderia prestar cuidados de enfermagem de reabilitação e esperançosamente ver os resultados destes, maximizando as capacidades do Sr. M. A.

Era um Sr. que necessitava de um reforço positivo constante, pois assim realizava o que lhe era pedido com resultados positivos.

No primeiro dia condicionei a sua unidade de maneira a implementar a facilitação cruzada, com mesa-de-cabeceira, urinol e televisão colocados à esquerda, infelizmente a porta de entrada do quarto encontrava-se à direita, o que iria ser rectificado quando o Sr. iria transferir-se pela primeira vez para o cadeirão, o que iria acontecer nesse dia.

Foi com agrado e empenho que realizei exercícios de mobilização activas assistidas verificando que o Sr. conseguia realizar oposição dos dedos da mão esquerda com o polegar. Foi gratificante verificar a felicidade do Sr. ao descobrir o que conseguia fazer. O Sr. mostrou-se também agradado por conseguir realizar exercícios activos assistidos na flexão do joelho e coxo-femural esquerdo e exercícios activos resistidos na extensão destes mesmos segmentos.

Ao conseguir estimular o Sr. M. A. a realizar exercícios e a mobilizar o que ele pensava que não conseguia senti uma grande satisfação e vontade de maximizar ainda mais capacidades.

O Sr. conseguia realizar a ponte com apoio no joelho e pé esquerdo, e mostrou-se muito entusiasmado com esta actividade. Foi-lhe também ensinado como realizar auto-mobilizações, foi com dificuldade que esta actividade foi realizada e com assistência, mas com grande entusiasmo também. O rolar para o lado afectado e para o lado sã foi realizado com pouca ajuda. O Sr. foi incentivado a realizar auto-mobilizações de forma autónoma, assim como treinar a oponência dos dedos com o polegar.

Após a realização das mobilizações e actividades terapêuticas no leito procedemos ao levante do Sr. M. A. para o cadeirão, seria então o primeiro levante, que era aguardado com grande expectativa pelo Sr.

Após sentá-lo a beira do leito foi efectuado o treino de equilíbrio estático e dinâmico. Ambos estavam presentes com apenas uma ligeira queda para o lado afectado.

O levante foi realizado com segurança com a supervisão e colaboração da tutora a Sr.^a enfermeira M. J., tendo o Sr. conseguido fazer carga no membro inferior afectado. Senti uma grande satisfação ao perceber como era importante este momento para o Sr. M. A., ele tinha dado mais um passo no caminho da sua reabilitação.

Nesse dia foi possível conhecer as cuidadoras do Sr. M. A., duas dos quatro filhos deste, estas mostraram-se muito interessadas nos ensinamentos e treinos. Perante esta circunstância resolvi iniciar a realização de alguns ensinamentos, iniciando de imediato a preparação do regresso a casa do Sr. M. A.

Foi-me possível realizar alguns ensinamentos, nomeadamente a facilitação cruzada, dando ênfase na abordagem do Sr. M. A. sempre pelo lado esquerdo nas várias actividades de vida diária, como a alimentação, cuidados de higiene, vestir, despir, etc., na necessidade de permitir ao Sr. M. A. realizar o máximo de actividades possíveis de forma mais autónoma possível. Tentei conseguir orientá-las na organização do espaço na casa do Sr. M. A. de maneira a possibilitar um regresso a casa seguro e adaptado às capacidades deste, relativamente ao espaço do quarto e cama, casa de banho, e claro os apoios disponíveis na comunidade e produtos de apoio que poderiam auxiliar o Sr. na realização de actividades de vida diárias. Foi um momento de partilha em que senti como era fundamental a nossa orientação para o regresso a casa da pessoa com AVC, para a própria pessoa como para os cuidadores. É de facto um momento de

angústia para os cuidadores, necessitando de um espaço e de tempo onde esclarecer dúvidas e prepararem-se para este novo papel, o de cuidador.

Este momento foi tão importante para as filhas do Sr. M. A. que foi marcado segunda-feira treino destas na realização de algumas actividades.

Foi com alguma tristeza que me despedi do Sr. M. A. nesse dia já que só voltaria a cuidar dele passado 2 dias devido ao fim de semana, pois no serviço onde realizo o meu ensino clínico só existe enfermeiro especialista em reabilitação de segunda a sexta-feira e nos turnos da manhã, quando era fundamental haver continuidade destes cuidados durante o fim-de-semana e nos turnos da tarde. Para isso era necessário a existência de uma equipe de enfermeiros em reabilitação neste serviço, mas neste momento só existe a Sr.^a enfermeira M. J.

Na segunda-feira seguinte continuei a cuidar do Sr. M. A., foi muito gratificante a maneira como fui recebida por este Sr., senti que ele tinha percebido a importância do que ele tinha conseguido fazer na semana anterior e que confiava nos cuidados de reabilitação que lhe estavam a ser prestados.

Nessa manhã o Sr. conseguia realizar oposição dos dedos com o polegar com ainda maior precisão e empenho, para além disso já conseguia realizar flexão e extensão do punho esquerdo, conseguindo vencer alguma resistência na flexão desta articulação.

O Sr. conseguia também realizar flexão e extensão do cotovelo esquerdo, vencendo alguma resistência na flexão deste segmento. Foram realizados exercícios activos assistidos na abdução e adução da articulação escapulo-umeral esquerdo.

Nesse dia o Sr. M.A. transferiu-se para a cadeira de banho e foi incentivado a realizar sua higiene na casa de banho, que realizou com agrado e com apenas alguma assistência na realização da barba e lavagem de poucas zonas do corpo. O Sr. assimilou de imediato como vestir e despir, com necessidade de alguma assistência na realização destas actividades.

Conseguir cuidar da sua higiene com alguma assistência revelou-se um momento de grande felicidade para o Sr. M. A. e também para mim, é de facto muito gratificante ver resultados e conseguir atingir objectivos na reabilitação da pessoa.

Nesse dia as filhas mostraram ainda mais entusiasmo na sua aprendizagem, foi possível reforçar o que já tinha sido ensinado e treinar actividades como a ponte, o rolar no leito. Foi com prazer que percebi como elas tinham interiorizado de imediato a abordagem pelo lado afectado.

Ficou marcado para o dia seguinte treinar as transferências entre cadeiras, que era uma das actividades em que elas iriam ter mais benefícios, já que esta actividade iria ser adaptada no domicílio para realizar o levante do Sr., já que a sua cama ficava ao nível da cadeira de rodas.

Nesse dia senti-me confiante e feliz por ter conseguido cuidar do Sr. M. A., vendo uma evolução positiva na reaquisição das suas capacidades, mas também no treino das cuidadoras, possibilitando um regresso a casa seguro para o Sr. M. A.

No dia seguinte foi com agrado que vi o Sr. M. A. usar a mão esquerda para alimentar-se, como auxílio para segurar o pão para conseguir por manteiga, e também na realização dos cuidados de higiene na casa de banho, nomeadamente para fazer a barba e lavar o corpo.

O treino das filhas foi mais um momento gratificante, pois conseguiram realizar a transferência do Sr. M.A. de forma autónoma no final do treino.

Nesse dia despedi-me do Sr. até quinta-feira, pois não estaria presente na quarta-feira, já que este dia seria a folga da minha tutora.

Quando regressamos na quinta-feira foi com grande tristeza e revolta que constatamos que o Sr. M. A. tinha tido alta. Senti-me revoltada pelo facto da médica assistente do Sr. ter dado alta a este sem nunca ter informado as filhas, nem relativamente à data da alta ou situação clínica do Sr. M. A., e nem ter informado a equipa de enfermagem sobre a data da alta. A preparação da alta tinha sido iniciada, mas senti falta de um trabalho em equipa por parte da médica de maneira a adaptar ensinamentos e treinos, e sobretudo reforços destes. Para além disso penso ser fundamental existir um prolongamento de um internamento de maneira a conseguir implementar um plano de reabilitação adaptado às necessidades da pessoa com incapacidade e cuidadores. A alta deve ser dada de acordo com a recuperação da pessoa, e sempre da forma mais segura possível, e não de acordo com as necessidades do serviço.

A minha revolta prendia-se com o facto de o Sr. M. A. ter apenas permanecido 5 dias no serviço, e com a falta de preocupação da médica na reabilitação daquela pessoa.

Perante esta situação comunicamos à médica o nosso desacordo relativamente à alta do Sr. M. A., já que esta sabia que o Sr. estava a ser alvo de um plano de reabilitação e que era necessário existir um trabalho em equipa, de maneira a providenciar cuidados com qualidade e regressos a casa harmoniosos para todos. A médica admitiu que de facto nunca tinha falado com as filhas, só no momento da alta, mas foi com tristeza que verificamos que para a médica o importante era dar altas e não planeá-las.

Também decidi ligar para as filhas do Sr. de maneira a saber como estava a decorrer o regresso do Sr. M. A. a casa. A Sr.^a M. J. concordou comigo.

Fiquei feliz com o agrado das filhas por termos feito este contacto telefónico, este agrado foi também sentido pelo Sr. M. A. As filhas verbalizaram alguma dificuldade no regresso, pois teriam de realizar mais adaptações no domicílio, mas estavam confiantes nelas próprias e no pai. Consegui dar algumas orientações relativamente ao reforço de algumas informações já dadas e senti necessidade de mostrar minha disponibilidade para qualquer dúvida que surgisse.

Senti que tive necessidade de saber como tinha sido o regresso a casa deste Sr. para assim me sentir mais confiante e segura no que tinha sido realizado durante o internamento.

No entanto continuo revoltada com a dificuldade cada vez maior em conseguir estabelecer planos de reabilitação com tempos tão curtos de internamento.

Irei continuar a trabalhar de maneira a conseguir demonstrar os resultados de um plano de reabilitação adaptado à pessoa e não pressionado pelos tempos de internamento.

Reflexão III

Nesta fase final de ensino clínico no serviço de Medicina do Hospital em Almada senti que a inclusão dos cuidadores na reabilitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) era fundamental. Cuidar de uma pessoa com incapacidade motora implica uma alteração profunda da dinâmica familiar, levando a uma transição para o papel de cuidador de forma inesperada e rápida. Esta transição requer a aquisição de competências por parte dos cuidadores que se torna possível com a orientação do enfermeiro especialista em reabilitação (EER).

Para Marques (2005) cuidar de uma pessoa com AVC não é uma tarefa fácil. As famílias enfrentam, com frequência, a situação como um problema, devido às exigências progressivas do cuidado informal e as suas repercussões. A tarefa de cuidar do doente pode traduzir uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, o bem-estar emocional, a relação com outros membros da família, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e inúmeros outros aspectos da vida familiar e pessoal. No entanto, existem, igualmente, factores positivos na relação entre o cuidador e a pessoa com AVC, favorecendo uma relação satisfatória e gerando sentimentos de prazer e de conforto. Uma doença incapacitante, como é o caso do AVC, exige enormes reajustamentos, com implicações frequentes na dinâmica familiar. As famílias podem ter maior ou menor capacidade de viver a crise decorrente da doença de um dos seus familiares.

No estudo de Marques (2005) é demonstrado que os prestadores de cuidados que não receberam ensinamentos tendem a evidenciar maiores dificuldades em termos de problemas relacionais com a pessoa dependente, chegando à conclusão que as necessidades mais comumente referenciadas pelos cuidadores são o apoio profissional e de informação sobre os cuidados a ter com a pessoa com AVC, a forma de lidar com esta e com a evolução da doença.

É então fundamental centrar os cuidados não apenas no doente, mas também no familiar cuidador informal, uma vez que o bem-estar de um depende do bem-estar do outro.

Nesta perspectiva tornou-se lógico neste ensino clínico a elaboração de um guia para cuidadores da pessoa com AVC, era necessário a existência deste guia de maneira a complementar os ensinamentos e treinos realizados aos cuidadores no serviço de Medicina.

O EER tem competências que lhe permitem abordar a pessoa com incapacidade e seus cuidadores de uma forma única, através dos vários papéis assumidos, para Hoeman (2000) estes papéis incluem “o de educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro da equipa”.

O EER consegue avaliar as capacidades remanescentes da pessoa com AVC, planejar cuidados de reabilitação que possibilitem a potencialização destas de maneira a uma recuperação da pessoa como um todo, tanto físico, como cognitivo e também socialmente. Os cuidados de reabilitação na pessoa com AVC tem como objectivos melhorar a qualidade de vida desta, estimulando sempre a pessoa de maneira a que esta seja a mais autónoma possível. Para além de abordar cuidados no âmbito das actividades de vida diárias, estes cuidados visam também possibilitar um aumento da força muscular, da sensibilidade, da integração do hemicorpo afectado e prevenir maiores incapacidades resultantes do AVC, como a espasticidade, e o isolamento social.

No regresso a casa, os cuidadores tornam-se o pivô na vida diária da pessoa com AVC, sendo necessário dar ferramentas a estes de maneira a dar continuidade ao que foi iniciado no internamento, conjuntamente com os apoios existentes na comunidade.

Este guia tem como objectivos orientar os cuidadores neste novo papel, irá ser dado ao cuidador após a realização de ensinamentos e treinos de maneira a permitir que este tenha uma informação sempre disponível.

Surge então uma questão, o que incluir no guia de maneira a que este fosse encarado pelo cuidador como um meio de auxílio pertinente, e não como um guia com excesso de informação que iria causar ainda maior ansiedade neste momento conturbado na vida de todos os intervenientes, tanto cuidador como da pessoa com AVC.

Ficou decidido conjuntamente com a enfermeira orientadora do meu ensino clínico que este guia deveria incluir informações que pudessem ser aplicadas de maneira a

melhorar o dia-a-dia da pessoa com AVC e cuidadores. Esta informação iria focar-se no que consistia o AVC e o que poderia acontecer, e o que fazer, como posicionamentos, actividades terapêuticas e actividades de vida diária. Teria uma linguagem simples, de fácil compreensão e algumas imagens de maneira a facilitar a compreensão dos ensinamentos realizados.

Compreender o que era o AVC e as implicações deste para a pessoa é um dos objectivos deste guia, pois só assim o cuidador iniciará a percepção do novo papel.

Segundo o método de *Margaret Johnstone* o posicionamento correcto em padrão anti-espástico deve ser mantido sempre, pois é uma técnica de excelente influência inibidora sobre os reflexos espásticos até que o mecanismo de reflexo postural esteja restabelecido por completo. Os posicionamentos têm um grande peso na reabilitação da pessoa com AVC pois permitem prevenir deformidades músculo esqueléticas, prevenir problemas circulatórios, prevenir úlceras de pressão, promover o reconhecimento e a consciência do lado afectado e estimular a sensibilidade. Este posicionamento é específico e a pessoa com AVC e o cuidador devem ser instruídos neste sentido e devem saber também as vantagens de se manter bem posicionado.

Relativamente às actividades terapêuticas foram incluídas no guia as seguintes: rolar para o lado afectado e rolar para o lado são, a ponte, auto-mobilizações e a transferência.

Rolar, será sempre uma actividade a realizar, com ajuda total ou parcial, dependendo do estado do indivíduo. Este exercício tem por objectivos iniciar o autocuidado, inibir a espasticidade e facilitar o equilíbrio em decúbito lateral. Logo que a pessoa com AVC se torne colaborante deve-se iniciar os rolamentos passivos e activos.

A ponte é um exercício de fácil compreensão e tem como objectivos facilitar o autocuidado, evitar úlceras de pressão, diminuir a espasticidade, aumentar a força muscular e assim ser uma preparação para a posição erecta e a marcha.

A auto-mobilização é um exercício que ajuda a pessoa a reconhecer a totalidade do seu corpo, aumentando assim a sua satisfação, tomando consciência que pode fazer alguma coisa. Os principais objectivos são integrar o membro superior afectado no

esquema corporal, contrariar o padrão espástico e aumentar a auto-estima da pessoa com AVC.

A transferência é incontornável como actividade necessária na vida diária da pessoa com AVC e do cuidador, no guia ela é abordada, no entanto como qualquer outra actividade ela terá de ser ensinada e treinada primeiro com o cuidador, de maneira a garantir o máximo de segurança na realização das actividades.

A facilitação cruzada está presente no guia, pois permite a integração do lado afectado no esquema corporal.

Relativamente às actividades de vida diária, os ensinamentos deverão ser adaptados às capacidades e às condições de habitação da pessoa com AVC, são abordadas actividades no âmbito da higiene, vestir e despir, alimentação e eliminação.

Para Andrade (2009) a facilitação do processo de adaptação a prestador de cuidados merece uma atenção particular para os enfermeiros já que têm por missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida. Aos enfermeiros coloca-se o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista do cuidador e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas.

A elaboração de um guia direccionado aos cuidadores é um instrumento valioso neste processo de transição.

É da competência do EER guiar a pessoa com AVC e cuidador nesta longa caminhada, prepará-los o melhor possível para as dificuldades que poderão surgir. É de extrema importância todos os ensinamentos e treinos realizados durante o internamento, e é fundamental conseguir que o iniciado no internamento possa continuar no domicílio, através da preparação do cuidador, mas também através da articulação com a equipa de enfermagem de cuidados de saúde primários, pois só assim poderá existir continuidade na reabilitação da pessoa com AVC. Nesta perspectiva, é imprescindível a existência do EER nestas equipas, continuando assim a orientação do cuidador num local de excelência: o domicílio da pessoa com AVC, e também a orientação das próprias equipas de maneira a todos trabalharem para o mesmo objectivo: a optimização da qualidade de vida da pessoa com AVC e seu cuidador.

APÊNDICE XI: GUIA PARA CUIDADORES DA PESSOA COM AVC



GUIA PARA CUIDADORES DA PESSOA COM AVC

Índice

1.0 QUE É O AVC ?	
2.0 QUE PODE ACONTECER?	
3.0 QUE FAZER?.....	
3.1. Posicionamentos	
3.2.Actividades Terapêuticas.....	
3.3.Transferência.....	
3.4. Sensibilidade.....	
3.5. Pele	
4.ACIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	
4.1.Higiene	
4.2.Vestir e Despir.....	
4.3.O que fazer para facilitar a comunicação?	
4.4.O que fazer para facilitar a alimentação?	
4.5.O que fazer para facilitar a eliminação?	

Este Guia destina-se a:

- Orientar os cuidadores da pessoa com AVC após o regresso a casa;
- Preparar os cuidadores para o regresso a casa da pessoa com AVC.

A reabilitação de uma pessoa com AVC é um caminho que exige tempo e é através da persistência, motivação e paciência que se poderão obter melhorias. Estas podem parecer pequenas aos olhos dos outros mas para a pessoa com AVC poderão significar grandes vitórias, melhorando a sua qualidade de vida.

1. O QUE É O AVC?

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), também conhecido por “trombose”, “derrame” ou “embolia”, provoca a destruição de uma parte do cérebro. Acontece devido a um entupimento ou ruptura de um vaso que interrompe a circulação sanguínea, comprometendo as funções do cérebro.

Os principais factores de risco para ocorrência de AVC são:

- Tensão arterial elevada;
- Maus hábitos alimentares;
- Elevados níveis de gordura no sangue;
- Diabetes;
- Tabagismo;
- Consumo de bebidas alcoólicas;
- Excesso de peso;
- Falta de exercício físico;
- Stress.

2. O QUE PODE ACONTECER?

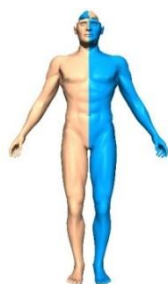
Quando a lesão ocorre na metade esquerda do cérebro:

- × Paralisia do lado direito do corpo;
- × Dificuldades de comunicação.



Quando a lesão ocorre na metade direita do cérebro:

- × Paralisia do lado esquerdo do corpo;
- × Dificuldades na concentração;
- × Desorientação no tempo e no espaço.



As alterações mais frequentes e visíveis na metade afectada do corpo são:

- × Rotação da cabeça para o lado são e inclinação para o lado afectado;
- × Ombro descaído;
- × Braço dobrado e encostado ao corpo;
- × Perna esticada e rodada para fora.



Qualquer que seja a metade do cérebro afectada pode aparecer:

- × Perda de sensibilidade e força muscular do lado afectado
- × Perturbações de equilíbrio e alterações da postura corporal
- × Alterações da visão
- × Dificuldades na comunicação
- × Dificuldade na deglutição
- × Dificuldade em controlar a bexiga e a função intestinal

- × Tristeza e depressão.

O AVC leva a mudanças na vida da pessoa e de quem a rodeia. É fundamental dar suporte a esta pessoa tanto emocionalmente, como nas actividades diárias, sempre com reforço positivo.

3. O QUE FAZER?

No regresso a casa, esta deve estar adaptada à necessidade da pessoa, assim:

- ✓ A altura da cama deve permitir que a pessoa possa sentar-se, com os pés bem assentes no chão.
- ✓ Uma vez que a pessoa com AVC tende a esquecer-se da existência do lado afectado, é importante que a aborde sempre por esse lado e que coloque a mesa-de-cabeceira, televisão, cadeira, etc. também desse lado, para aumentar a estimulação do lado afectado.
- ✓ Avaliar as barreiras arquitectónicas existentes, ou seja tudo o que dificulte a deslocação da pessoa com AVC em casa (escadas de acesso, larguras das portas adaptadas a uma cadeira de rodas, etc.) de maneira a encontrar estratégias na comunidade para minimizar o impacto destas.
- ✓ É aconselhável vigilância próxima do seu familiar durante as actividades diárias.
- ✓ Atenção aos tapetes sem anti-derrapante que podem deslizar e provocar quedas.

3.1. Posicionamentos

Após um AVC a pessoa pode ficar com algumas limitações físicas que o obrigam a permanecer muito tempo na mesma posição na cama ou na cadeira. Para prevenir problemas de pele (feridas), prevenir complicações musculares e articulares e dar conforto é importante mudar frequentemente a pessoa de posição.

3.1.1. De Costas

A almofada da cabeça que não pode ser muito alta e deve apoiar também os ombros. O braço afectado deve ficar esticado com a palma da mão virada para cima, se possível, caso contrário a mão deverá permanecer aberta. Colocar uma almofada debaixo da anca e coxa afectada, evitando que a perna rode para fora e flectindo o joelho. Colocar uma almofada pequena debaixo do tornozelo.



3.1.2. Para o lado afectado

Puxar o ombro afectado um pouco para a frente, para que não fique sob o peso do corpo e, ao fazê-lo, deve colocar a sua mão debaixo da omoplata, e nunca puxar pelo braço afectado. Almofada na cabeça.

Braço afectado esticado no colchão, mão aberta com a palma virada para cima.

Dobrar ligeiramente o joelho da perna afectada.



3.1.3. Para o lado sã

Almofada na cabeça. Braço afectado esticado e apoiado com almofadas até ficar à altura do ombro. Perna afectada apoiada em almofadas pequenas ou sem almofada, ligeiramente dobrado na anca e joelho.

Se necessário, devido à falta de equilíbrio do tronco, colocar uma almofada a apoiar as costas.

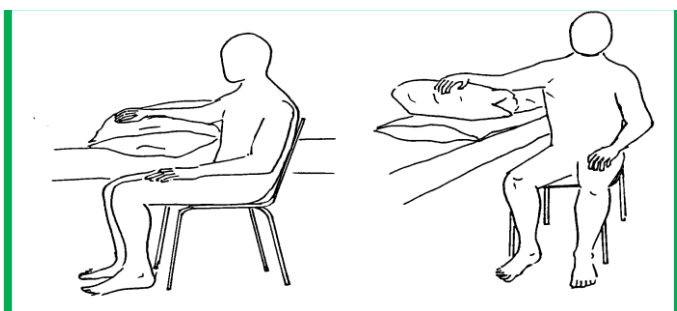


3.1.4. Na cadeira

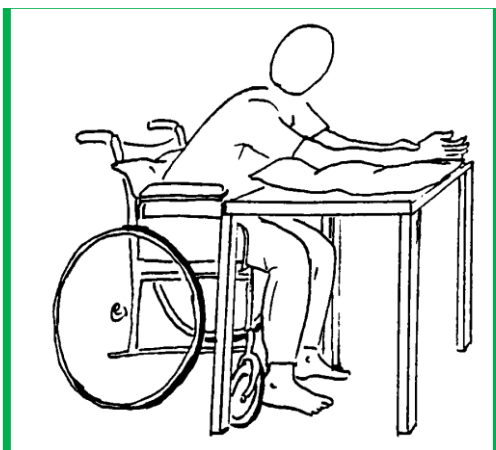
Para ajudar a pessoa com AVC a posicionar-se correctamente na cadeira, é necessário que os pés fiquem bem assentes no chão.

De seguida, quem ajuda coloca-se de frente para a pessoa e pede-lhe que incline o tronco para a frente. Segurando atrás no cinto das calças, pede ao seu familiar que dê um impulso para trás, para que fique encostado.

É aconselhado o uso de um tabuleiro ou superfície de trabalho para manter o posicionamento correcto do membro superior afectado, com a mão aberta.



Fonte: OMS (1999) Promoting Independence following a stroke



Fonte: OMS (1999) Promoting Independence following a stroke

Terá oportunidade de treinar estes posicionamentos durante o internamento com a ajuda do enfermeiro.

3.2. Actividades Terapêuticas

Alguns exercícios são úteis para as mudanças de posição, tornando a pessoa mais independente nas mesmas.

3.2.1. Virar para o lado afectado

Após chegar a pessoa para o lado são na cama, pedir a pessoa para dobrar as pernas, esticar os braços e após entrelaçar os dedos, pedir à pessoa que se vire para o lado afectado.



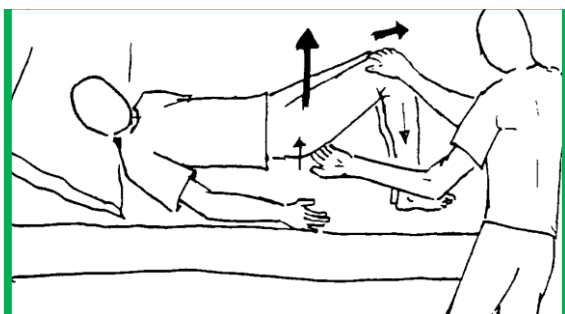
3.2.2. Virar para o lado são

Após chegar a pessoa para o lado afectado na cama, pedir para rodar para o lado são com os braços esticados, mãos entrelaçadas e pernas dobradas, dando um impulso. Se necessário dar ajuda com uma mão nas mãos da pessoa e outra nos joelhos.



3.2.3. A Ponte

Deitado de costas, pedir a pessoa com AVC para dobrar a perna não afectada e apoiar o pé no colchão. Ajudar a dobrar a perna afectada, impedindo que o joelho caia para fora e apoiando o pé no colchão. Pedir a pessoa para elevar a anca, auxiliar com a nossa mão se necessário.

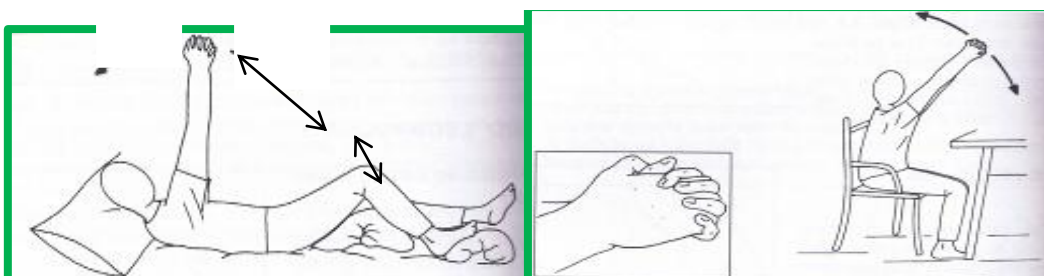


Fonte: OMS (1999) Promoting Independence following a stroke

3.2.4. Auto mobilização do braço

Deitado de costas, o seu familiar entrelaça os dedos de ambas as mãos, estica os braços e levanta-os lentamente até ao nível da cabeça.

Também podem ser realizados na cadeira, esticando os braços.



Fonte: <http://ajudaavc.net/index.r?exercicios/58-auto-mobilizacao>

3.3. Transferência

- A cadeira é colocada ligeiramente em ângulo encostada à cama do lado sã e deve estar travada e com os pedais afastados.

- Levantar pelo lado sã. Se a pessoa com AVC conseguir, pedir para colocar a perna boa debaixo da perna afectada e trazer as pernas para fora da cama. Caso não consiga auxiliar a trazer as pernas para fora.
- Em seguida, se a pessoa conseguir deve fazer força com a mão na beira da cama, ficando sentado e assentar os pés no chão. Se não conseguir, colocar a mão do lado sã na sua omoplata e sentar a pessoa com AVC na cama.
- Se a pessoa com AVC conseguir inclinar o tronco e apoiar a mão no braço da cadeira. Assume a posição de pé, passando a mão para o outro braço da cadeira, rodando o corpo. Dobra o tronco e a cabeça e senta-se devagar.
- Se não conseguir, de frente para a pessoa colocar a mão do lado sã na sua omoplata, colocar a mão afectada entre as pernas. Trancar o joelho do lado afectado com a nossa perna. Colocar as suas mãos na cintura das calças, ou usar o cinto, colocar a pessoa de pé, roda-la e senta-la na cadeira. Neste caso deverá ter o apoio de outra pessoa para reduzir o risco de queda.

- Na transferência para a cama, segue-se os mesmos passos em sentido inverso.

- Nunca efectuar a transferência com meias, devido ao risco de escorregar, faz descalço ou com sapatos anti-derrapantes e fechados.

Durante o internamento terá oportunidade de treinar com o enfermeiro todas estas actividades.

3.4. Sensibilidade

O que fazer se a pessoa tiver diminuição ou ausência da sensibilidade no lado afectado?

- ✓ Abordar a pessoa com AVC pelo lado afectado em todas as actividades.
- ✓ Estimular através do toque o lado afectado.
- ✓ Atenção às fontes de calor. Podem provocar queimaduras sem serem sentidas (radiador, lareira, saco de água quente, água do banho).

3.5. Pele

Zonas avermelhadas (dar especial atenção ao lado afectado - que tem menos sensibilidade)

- ✓ Secar cuidadosamente todo o corpo após o banho.
- ✓ Aplicar creme hidratante e vigiar.
- ✓ Mudar de posição mais frequentemente.
- ✓ Evitar a pressão nas zonas sensíveis.

4. ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

4.1. Higiene

Encorajar a pessoa com AVC a fazer todas as actividades de higiene e vestuário em que pode usar o braço não afectado (lavar os dentes, pentear-se, etc.)

O banho pode ser feito na banheira, no duche ou na cama.

- ⇒ Na banheira, colocar um estrado antiderrapante (assento aplicado nos bordos da banheira) ou cadeira e um tapete antiderrapante. A pessoa com AVC deverá sentar-se

numa cadeira fora da banheira, paralelamente a esta. Ao entrar para banheira, usar sempre o lado sã, para efectuar a transferência com mais segurança.

- ⇒ Após entrar e sentar-se no estrado ou cadeira, coloca com a mão sã a perna afectada dentro da banheira. Para sair a pessoa coloca primeiro a perna afectada para fora e de seguida a perna sã.
- ⇒ Um varão na banheira (barra de apoio) permite maior estabilidade para a pessoa se agarrar.
- ⇒ Incentivar sempre o uso do braço afectado.
- ⇒ Auxiliar nas actividades que não consegue executar (exemplo: lavar as costas).



Estrado

Cadeira de banho



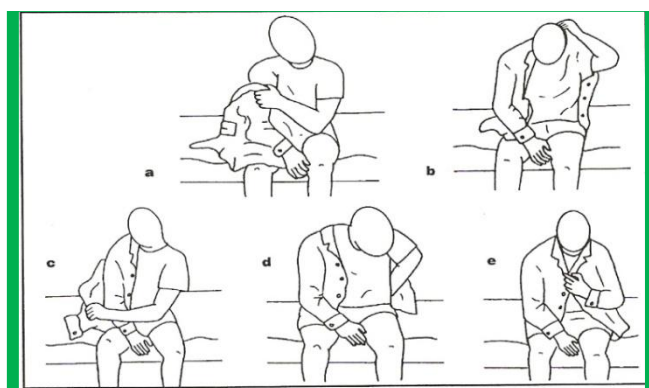
Cadeira de banho

Barras de apoio

- ⇒ Na cama, abordar sempre que possível pelo lado afectado, possibilitando que lave o lado afectado e que use esse braço (se tiver força suficiente) na realização da higiene. Possibilitar que a pessoa se veja ao espelho (para se pentear, lavar os dentes, etc.). Certificar que os objectos que a pessoa vai usar se encontrem no campo visual, estimulando-a a ir buscá-los e a colocá-los nos locais adequados.
- ⇒ É importante nunca puxar o braço afectado, identificar sempre o lado para onde vai virar e dizer sempre o que se vai fazer e pedir a sua colaboração.

4.2. Vestir e Despir

- ✓ Escolher vestuário largo e com elasticidade para facilitar a actividade (calças com elástico, soutien de abotoar à frente, colocar velcro se necessário nas camisas, etc.). Sempre que possível deixar a pessoa escolher a roupa.
- ✓ Escolher sapatos de tamanho adequado e antiderrapantes. Se necessário preferir sapatos com velcro.
- ✓ Só vestir o seu familiar sentado na cama quando já tem bom equilíbrio.
- ✓ Começar sempre a vestir pelo lado afectado.
- ✓ Depois de vestido, coloque-o em frente ao espelho para que se aperceba da sua imagem.
- ✓ Para despir, começar pelo lado sã.



Fonte: http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/REABIII_P55.pdf

- ✓ Para vestir calças, sentar e cruzar as pernas, com a mão não afectada colocar a calça primeiro na perna afectada. Na posição de pé, puxa a calça para cima com a mão não afectada.



Fonte: http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/REABIII_P55.pdf

4.3. O que fazer para facilitar a comunicação?

- ✓ Proporcionar um ambiente calmo.
- ✓ Abordar a pessoa pelo lado afectado.
- ✓ Mostrar disponibilidade para ouvir.
- ✓ Falar de frente para o seu familiar, com frases simples, curtas e vocabulário familiar. Usar perguntas de resposta sim/não (tens fome? tens frio? etc.)
- ✓ Dê tempo para uma resposta após cada pergunta.
- ✓ Usar estratégias facilitadoras - olhar, tocar, gestos, imagens, símbolos, sons.
- ✓ Não corrigir nem exigir que fale claramente.
- ✓ Não fazer 2 coisas ao mesmo tempo (tarefas e respostas em simultâneo).
- ✓ Evitar o isolamento, incentivar à socialização.

4.4. O que fazer para facilitar a alimentação?

- ✓ Abordar a pessoa pelo lado afectado

Se a pessoa tiver dificuldade em engolir, engasgando-se facilmente (disfagia) deve:

- ✓ Sentar correctamente para a refeição.
- ✓ Usar espessante nos líquidos, se necessário. Adequar a consistência dos alimentos (pastoso ou mole).
- ✓ Estimular a pessoa a mastigar do lado da boca não afectada, do outro lado os alimentos tem tendência a acumular-se.
- ✓ Engolir com o queixo próximo do peito.
- ✓ No final de cada refeição deverá observar se há restos de alimentos retidos na bochecha, se houver retire-os.
- ✓ Manter higiene oral cuidada.

Se a pessoa tiver dificuldade em comer sozinho:

- ✓ Ajudar a preparar o prato, retirar espinhas, partir alimentos.
- ✓ Estimular a comer pela sua mão.
- ✓ Usar anti-derrapante por baixo do prato.
- ✓ Usar produtos de apoio (garfos, colheres e facas adaptadas, etc.) se necessários.
- ✓ Encarar as refeições como momentos de convívio familiar.

4.5. O que fazer para facilitar a eliminação?

Se a pessoa tiver dificuldade em controlar a urina e as fezes

- ✓ Levar a pessoa com AVC à casa de banho a horas certas e várias vezes ao dia. Ter em conta os hábitos anteriores da pessoa no caso da eliminação intestinal.
- ✓ Manter uma higiene cuidada.

Se a pessoa tiver dificuldade em evacuar regularmente (obstipação)

- ✓ Insistir na ingestão de líquidos (água, chá, sopa, sumo de fruta)
- ✓ Dieta rica em fruta e vegetais verdes. Substituir o pão branco por pão integral.
- ✓ Promover a mobilização, incentive a pessoa a mexer-se dentro das suas capacidades.
- ✓ Se necessário recorra a seu médico para a utilização de medicação, como laxantes.

Não se esqueça que não está sozinho neste caminho:

- ♣ Aconselhe-se com a equipa de enfermagem sempre que tiver dúvidas;
- ♣ Informe-se sobre os apoios disponíveis na comunidade (apoio domiciliário, bancos de produtos de apoio, etc.)

- ♣ Sabemos que poderá haver momentos de desânimo e tristeza, mas cada dia é um passo neste caminho para melhorar a qualidade de vida da pessoa que teve o AVC e que continua a ser a pessoa que era antes deste.

- ♣ Pense positivo e transmita sempre um reforço positivo à pessoa com AVC.

- ♣ Cuide também de si, pois quem não está bem não consegue cuidar de ninguém.



Telefones úteis:

Centro de Saúde		
Apoios da comunidade		

Dúvidas:

Guia elaborado por:

