



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**Reeducação ao Esforço na Pessoa com
Doença Respiratória Crónica -**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

Sandra da Fonte Sousa Gomes

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**Reeducação ao Esforço na Pessoa com
Doença Respiratória Crónica -**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

Sandra da Fonte Sousa Gomes

Professora Orientadora Cristina Saraiva

2015



“Para aprender, jamais é supérfluo compreender o sentido daquilo que se aprende (...) não basta que o saber seja inteligível, assimilável. É necessário que (...) se compreenda porque foi desenvolvido, transmitido, porque é conveniente apropriar-se dele.”

(Perrenoud, 2000, p. 67)

AGRADECIMENTOS

À Professora Cristina Saraiva pelo profissionalismo com que orientou este trabalho, pela sua paciência, disponibilidade e apoio constante.

À Enfermeira Elisabete Amaral pela sua preciosa orientação, conhecimento e sabedoria transmitida.

A todos os enfermeiros dos locais de estágio pelo excelente acolhimento e disponibilidade demonstrada.

À Marta pela amizade e companheirismo constante ao longo deste percurso.

Ao Ruben pelo seu amor e apoio incondicional.

A todos o meu sincero agradecimento!

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde

APER – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CATR – Ciclo Ativo da Técnicas Respiratórias

CE – Conselho de Enfermagem

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC – Doença Respiratória Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EM – Esclerose Múltipla

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERS – European Respiratory Society

GINA – Global Initiative for Asthma

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

NICE – National Clinical Guideline Centre

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigenoterapia de Longa Duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PII – Plano Individual de Intervenção

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR – Reabilitação Respiratória

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAS – Síndrome da Apneia do Sono

URR – Unidade de Reabilitação Respiratória

VNI – Ventilação não Invasiva

WHO – World Health Organization

RESUMO

As doenças respiratórias crónicas são atualmente reconhecidas como um problema global e emergente. Em Portugal, constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com destaque para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Asma e Síndrome da Apneia do Sono.

A reabilitação respiratória, nomeadamente o treino pelo exercício tem sido integrado na abordagem e tratamento à pessoa com doença respiratória crónica. A evidência científica mostra que contribui para a diminuição de sintomas como a dispneia, melhora a tolerância ao exercício, capacidade aeróbica, força muscular, flexibilidade, coordenação motora; redução do número de hospitalizações e promove a melhoria da qualidade de vida.

Face ao exposto importa compreender a intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com doença respiratória crónica, concretamente na área da reeducação ao esforço.

A evolução das doenças respiratórias crónicas e a manifestação de sintomas incapacitantes como a dispneia conduzem a défices no autocuidado. Pelo que a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação ao longo do estágio foi norteadada pela Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem, tendo-se promovido o autocuidado e a autonomia da pessoa.

O percurso de aprendizagem realizado possibilitou o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. No âmbito da reabilitação respiratória da pessoa com doença respiratória crónica foram desenvolvidos planos de treino pelo exercício, que contemplaram o treino de *endurance*, o treino ao esforço, e técnicas de conservação de energia. A aplicação de instrumentos de avaliação e a observação do desempenho dos utentes, permitiu constatar que os planos desenvolvidos contribuíram para diminuir a sensação de dispneia, melhorar a tolerância ao esforço, promover o fortalecimento muscular, e melhorar a capacidade da pessoa na realização das atividades de autocuidado, promovendo a reinserção familiar e social.

Palavras-chave: Reabilitação; Doença Respiratória; Tolerância ao esforço; Conservação de energia; Autocuidado; Enfermagem.

ABSTRACT

Chronic respiratory diseases are, today, recognized as a global and rising problem. In Portugal, they are one of the main causes for morbidity and mortality, specially Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Asthma and Sleep Apnea Syndrome.

Respiratory rehabilitation, in particular training exercises, as been considered for approaching and treating patients with chronic respiratory diseases. Scientific evidence reveals that it decreases symptoms like dyspnea; enhances exercise tolerance, aerobic capacity, muscular strength, flexibility, motor coordination; reduces the number of hospitalizations and promotes quality of life.

Therefore, it is relevant to understand the rehabilitation nurse intervention with patients who suffer from chronic respiratory disease, in particular to improve exercise capacity.

The progression of chronic respiratory diseases and their symptoms like dyspnea, are incapacitating, leading to self-care deficits. For that reason, the rehabilitation nurse care-giving was guided by the Dorothea Orem General Theory of Self-Care, promoting patients self-care and autonomy.

This learning journey made possible the development of skills relevant for specialist nurses and specific ones for the rehabilitation nurse. In the field of respiratory rehabilitation of patients with chronic respiratory diseases, were developed exercise training plans that involves both endurance and resistance training, and energy conservation techniques. The use of evaluation instruments and the observation of patients performance, has allowed to establish that the developed plans reduced dyspnea sensation and improved the patients ability to perform self-care activities, promoting family and social reintegration.

Palavras-chave: Rehabilitation; Respiratory disease; Exercise tolerance; Energy conservation; Self-care; Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	27
1.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal e Competências Específicas do EEER	28
1.2 – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e Competências Específicas do EEER	39
1.3 – Domínio da Gestão dos Cuidados e Competências Específicas do EEER	51
1.4 – Domínio das Aprendizagens Profissionais	57
2 – AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO	59
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Borg modificada

ANEXO II – Escala London Chest Activit of Dail Living

ANEXO III – Escala de Braden

ANEXO IV – COPD Assessment test – CAT

ANEXO V – Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire

ANEXO V – Escala de Morse

ANEXO VII – Índice de Barthel

ANEXO VIII – Medical Research Council Motor Scale

ANEXO IX – Escala de Asworth

ANEXO X – Medida de Independência Funcional

ANEXO XI – Folha de registo de Enfermagem de Reabilitação (serviço de Pneumologia)

ANEXO XII – Modelo do Plano Individual de Intervenção (ECCI)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Formação

APÊNDICE II – Jornais de aprendizagem realizados no âmbito do estágio na ECCI

APÊNDICE III – Planos de cuidados elaborados no âmbito do estágio no serviço de Pneumologia

APÊNDICE IV – Planos de cuidados elaborados no âmbito do estágio na ECCI

APÊNDICE V – Panfleto de Fortalecimento Muscular

APÊNDICE VI – Jornais de aprendizagem realizados no âmbito do estágio no serviço de Pneumologia

APÊNDICE VII – Apreciação do percurso de desenvolvimento de competências (serviço de Pneumologia e ECCI)

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Competências integradas no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	29
Quadro 2: Competências integradas no Domínio da Melhoria da Qualidade.....	40
Quadro 3: Competências integradas no Domínio da Gestão dos Cuidados	52
Quadro 4: Competências integradas no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	57

INTRODUÇÃO

A crescente complexidade dos cuidados de saúde tem fomentado a procura constante da excelência na prestação de cuidados, exigindo um maior nível de especialização, atualização do conhecimento, aquisição de novos saberes e desenvolvimento de competências. Neste contexto os enfermeiros especialistas surgem como agentes promotores da mudança, pois estão munidos de competências apropriadas e preparados para transmitir os resultados da investigação, promovendo a excelência no cuidado e a obtenção de ganhos em saúde (Profetto-McGrath, Negrin, Hugo & Bulmer, 2010).

Face a esta realidade e pelo interesse pessoal na área da Enfermagem de Reabilitação (ER) considerou-se pertinente a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em ER. Este foi um percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, cujas aprendizagens e saberes adquiridos promoveram a melhoria dos cuidados prestados.

No contexto formativo do mestrado foi elaborado um projeto de formação (Apêndice I) que norteou o estágio curricular, com o tema “Reeducação ao Esforço na Pessoa com Doença Respiratória Crónica – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”. Procurou-se sobretudo compreender o impacto das doenças respiratórias crónicas¹ na vida da pessoa² e as respostas terapêuticas, que face aos sintomas incapacitantes das doenças respiratórias crónicas, se incluem na esfera de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A escolha desta problemática resulta de uma motivação pessoal, relacionada com o facto de exercer funções num serviço cirúrgico, com utentes maioritariamente do foro respiratório e antecedentes pessoais de doenças respiratórias crónicas, cujas complicações cirúrgicas ou complicações da patologia de base estão associadas a sintomas de dispneia e fadiga, com forte

¹ São consideradas doenças respiratórias crónicas as doenças crónicas das vias respiratórias e de outras estruturas dos pulmões (World Health Organization [WHO], 2007).

² A pessoa “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia” (Conselho de Enfermagem [CE], 2001).

impacto na realização das atividades de autocuidado³. Deste modo, enquanto futura EEER, espero contribuir de forma especializada com conhecimentos e competências para melhorar a qualidade dos cuidados prestados no meu serviço, bem como melhorar a qualidade de vida dos utentes a nível pessoal, familiar e social. Atendendo ao conhecimento já existente sobre o nível de incapacidade provocado pelas doenças respiratórias crónicas, é também possível compreender a relevância do estudo desta temática.

As doenças respiratórias crónicas são atualmente reconhecidas como um problema global e emergente, que afeta centenas de milhões de pessoas em todo o mundo, e provoca mais de quatro milhões de vítimas por ano (WHO, 2007). Prevê-se que em 2030 possam ser responsáveis por uma em cada cinco mortes no mundo, sendo que na Europa a proporção deverá manter-se estável, numa razão de 1:10 em todas as mortes (European Respiratory Society [ERS], 2013).

Em Portugal, constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com uma prevalência de cerca de 40% (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013a). Assim, são responsáveis por 2,9% da totalidade dos óbitos, sendo este um valor superior aos 2,7% da média europeia (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR], 2013). A nível nacional destacam-se pela sua elevada prevalência a Asma⁴, que atinge cerca de 1.000.000 de portugueses, tendo-se em 2012 registado 2781 internamentos (mais 12,4% do que em 2011) e 144 óbitos (mais 18,03% do que em 2011); a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica⁵ (DPOC), estimando-se a existência de 800.000 utentes nos diversos estádios da doença, sendo que em 2012 se verificam 8.967 internamentos (mais 10,9% do que em 2011) e 2.936 óbitos

³O autocuidado é a “atividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias.” (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2011, p.41)

⁴ A asma é uma doença heterogénea, geralmente caracterizada por uma inflamação crónica das vias aéreas, bem como pela existência de sintomas respiratórios como pieira, falta de ar, aperto no peito e tosse, que variam ao longo do tempo e em intensidade, e por uma obstrução variável no fluxo expiratório (Global Initiative for Asthma [GINA] 2014).

⁵ A DPOC é uma doença comum, previsível e tratável, caracterizada pela obstrução persistente das vias aéreas que é geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas e do pulmão a partículas ou gases nocivos (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2014).

(mais 11,4% do que em 2011); e a Síndrome da Apneia do Sono⁶ (SAS), com uma prevalência de aproximadamente 20% (DGS, 2013a; ONDR, 2013).

O aumento da prevalência destas doenças encontra-se fortemente relacionado com fatores sócio económicos e com o défice no acesso a cuidados de saúde adequados (DGS, 2013a). Salientam-se como fatores de risco a exposição direta ou indireta ao fumo do tabaco, a exposição à poluição doméstica e de outros espaços fechados, a poluição exterior, a exposição ocupacional, a malnutrição, o baixo peso à nascença e as infeções respiratórias recorrentes em idades precoces (DGS, 2013a).

As doenças respiratórias crónicas têm um forte impacto na vida das pessoas, devido a sintomas respiratórios incapacitantes, ao desenvolvimento de morbilidades secundárias às incapacidades dos músculos periféricos, nomeadamente cardíacas, nutricionais, e psicológicas, e ainda devido às dificuldades em desenvolver estratégias para lidar com a doença (Pamplona & Morais, 2007). De referir que são considerados como principais sintomas respiratórios crónicos e progressivos a tosse, a expetoração, a dispneia, o cansaço com atividade física e a pieira (DGS, 2013b).

A Reabilitação Respiratória (RR) constitui um aspeto central do tratamento das doenças respiratórias crónicas, sendo atualmente apontada como parte integrante da terapêutica do utente com doença respiratória crónica (DCR), uma vez que contribui para melhorar a sua qualidade de vida e tem um impacto favorável na evolução da doença (ERS, 2013; ONDR, 2013; Jenkins, Hill & Cecins, 2010; Pamplona & Morais, 2007; Ries, et al., 2007).

A RR é definida como:

(...) uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas atividades de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a reabilitação respiratória 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 (DGS, 2009, p.1).

⁶ A Síndrome da Apneia de Sono caracteriza-se por um quadro de sonolência, alterações cardiovasculares e neuropsiquiátricas, secundárias a episódios repetidos de obstrução das vias aéreas superiores durante o sono, que provocam diminuição das saturações e fragmentação do sono por despertares transitórios (DGS, 2010).

Os benefícios decorrentes da RR na DRC encontram-se bem documentados na literatura, particularmente na DPOC, independentemente do estágio da doença (Clini & Romagnoli, 2005). Assim, os estudos demonstram que a RR contribui favoravelmente para a redução de sintomas respiratórios de fadiga e dispneia; reversão da ansiedade e depressão; melhoria da tolerância ao exercício, aumentando a resistência ao esforço; melhoria na capacidade de realização das atividades de vida diária; para uma melhor integração familiar e social; e melhoria da qualidade de vida (Kagaya et al., 2009; Ries et al., 2007; Hart, Duncan, Aguirre-Kelley, Lotshaw & Millard, 2005).

A longo prazo a RR contribui para estabilização ou regressão das manifestações sistêmicas da doença, o que se traduz na diminuição da utilização de recursos de saúde, na prevenção de admissões hospitalares, na diminuição do número de dias de internamento, e na melhoria da capacidade de autocontrolo da doença (ONDR, 2013; DGS, 2009; Ries et al., 2007).

A RR deve ser implementada sob a forma de um programa que estabeleça critérios para a seleção dos utentes; que defina os componentes a aplicar, nomeadamente o treino pelo exercício, educação, componente psicossocial e comportamental, intervenção nutricional; e preconize a avaliação dos resultados (ONDR, 2013; DGS, 2009).

Na elaboração da estrutura do programa de RR deve-se ter em conta os múltiplos fatores relacionados com a doença (fase evolutiva, estabilização/agudização, outras patologia associadas), com a pessoa (grau de instrução e capacidade de aprendizagem, situação sociofamiliar e profissional), com o local de implementação do programa (ambulatório, internamento ou domicílio) e com os meios disponíveis (Cordeiro & Menoita, 2012).

O treino⁷ ao esforço pelo exercício constitui um dos mais importantes componentes do programa de RR (DGS, 2009; Ries et al., 2007), e nos últimos anos tem vindo a ser integrado na abordagem e tratamento da pessoa com DRC (Cordeiro & Menoita, 2012).

Sintomas incapacitantes, como a fadiga e a dispneia, condicionam a atividade física da pessoa, dando início a um ciclo vicioso de desadequação

⁷ Por treino entende-se a “exposição sistemática a um estímulo de forma estruturada para obter as adaptações fisiológicas desejáveis” (Pamplona & Morais, 2007, p.103).

progressiva ao exercício, e conseqüentemente ao aumento de inatividade e intolerância ao exercício, com repercussões psicológicas, sociais e profissionais (Cordeiro & Menoita, 2012; Pamplona & Morais, 2007).

Considera-se a existência de intolerância ao esforço durante o exercício, quando a pessoa não tem capacidade de completar com sucesso uma tarefa física, que é normalmente tolerável para pessoas relativamente sedentárias e sem patologias associadas (Palange et al, 2007). Os mecanismos de intolerância ao esforço encontram-se relacionados com limitações no aporte sistêmico de oxigênio por questões cardiovasculares; limitações ventilatórias; déficit no controlo ventilatório; alterações nas trocas gasosas pulmonares; disfunções do metabolismo muscular; descondicionamento físico por sedentarismo; percepção excessiva dos sintomas; e pouca colaboração na realização do esforço (Palange et al, 2007).

A evidência científica mostra que o treino pelo exercício visa o recondicionamento ao esforço, contribuindo para a diminuição de sintomas como a dispneia (Jenkins, et al., 2010; Pamplona & Morais, 2007; Ries et al., 2007); melhora a tolerância ao exercício (Jenkins et al, 2010; Pamplona & Morais, 2007); melhora a capacidade aeróbica, força muscular, flexibilidade e coordenação motora (Pamplona & Morais, 2007); diminui a necessidade de oxigênio para o mesmo esforço; contribui para a redução do número de hospitalizações (Branco et al., 2012); e promove a melhoria da qualidade de vida (Branco et al., 2012; Pamplona & Morais, 2007; Ries et al., 2007).

Num estudo realizado com 112 utentes com DPCO implementou-se um programa de treino, que consistia em exercícios de aquecimento (movimentos diagonais funcionais dos membros superiores e inferiores), exercícios aeróbicos (marcha progressiva na passadeira ergométrica), treino ao esforço (exercícios de resistência dos membros superiores e inferiores com recurso a equipamentos de musculação e pesos, halteres e caneleiras), três vezes por semana, durante 12 semanas, tendo-se verificado aumento da força muscular, flexibilidade e coordenação motora, melhoria da tolerância ao exercício e da qualidade de vida (Costa et al, 2014).

O planeamento do treino pelo exercício no utente respiratório crónico compreende um conjunto de estratégias, nomeadamente: (1) treino dos

membros superiores e inferiores (treino de *endurance*⁸, treino de *endurance* intervalado⁹, treino ao esforço¹⁰); (2) treino dos músculos respiratórios¹¹; (3) electroestimulação neuromuscular¹²; (4) outras intervenções concomitantes com o treino de exercício, nomeadamente, oxigenoterapia¹³, ventilação não invasiva¹⁴, e técnicas de conservação de energia e de controlo da dispneia (Jenkins et al, 2010; DGS, 2009; Pamplona & Morais, 2007).

No que concerne o treino dos membros, importa referir que o fortalecimento dos diferentes grupos musculares (peitorais, bicíptes, tricíptes, deltóides e membros inferiores) possibilita melhorar a capacidade e aumentar a tolerância ao exercício, reduzir a sensação de dispneia, diminuir a fadiga, e fortalecer os músculos, em especial os dos membros superiores, de modo a aumentar a capacidade para a realização das atividades de vida diária. (Cordeiro & Menoita, 2012).

A combinação dos diferentes treinos dos membros superiores e inferiores permite otimizar a melhoria da dispneia em situação de esforço e a qualidade de vida do utente (DGS, 2009; Pamplona & Morais, 2007; Ries et al., 2007). Neste sentido aponta um estudo realizado com 47 pessoas com DPOC,

⁸ O treino de *endurance* dos membros pressupõe a realização de exercícios com uma intensidade, que varia de moderada a elevada, com uma duração moderada a longa, nos quais são utilizados grandes grupos musculares dos membros superiores e inferiores (por exemplo marcha ou *step*, bicicleta, natação, remo etc.), com recurso a energia produzida, essencialmente, pela via aeróbica (DGS, 2009; Pamplona & Morais, 2007)

⁹ O treino de *endurance* intervalado dos membros envolve exercícios similares, com períodos curtos de elevada intensidade e seguidos de períodos de baixa intensidade, aplicados de forma sequencial, que produzem benefícios acrescidos sobre o descondicionamento ao esforço (DGS, 2009).

¹⁰ O treino ao esforço consiste na realização de exercício com resistências, de intensidade elevada e de curta duração, localizado a pequenos grupos musculares (por exemplo treino do quadríceps com halteres, máquinas de musculação etc.) (DGS, 2009; Pamplona & Morais, 2007).

¹¹ O treino dos músculos respiratórios não se recomenda por rotina, devendo apenas ser considerado em utentes que são incapazes de participar no treino de exercício devido a comorbilidades existentes (Jenkins et al., 2010; DGS, 2009).

¹² A electroestimulação neuromuscular é um método recente, que pode ser utilizado para ganho de massa muscular e capacidade aeróbica, constituindo um método alternativo ao treino tradicional de exercício (DGS, 2009).

¹³ O uso de oxigénio em utentes com hipoxemia induzida pelo esforço poderá ser benéfico para a melhoria da dispneia, para aumentar a capacidade de exercício e a intensidade do treino (DGS, 2009; Ries et al., 2007).

¹⁴ A ventilação não invasiva é outra estratégia que poderá estar indicada no treino de exercício, com o intuito de diminuir a sobrecarga dos músculos respiratórios, melhorar a tolerância ao treino de exercício e aumentar a resistência e intensidade de exercício (Ries et al., 2007).

divididas por três grupos para a implementação de três programas de treino (treino de força, de endurance e treino combinado endurance e força), durante 12 semanas, concluindo-se que as três modalidades de treino traziam benefícios em relação à dispneia e à qualidade de vida (Ortega et al, 2002).

A duração de cada sessão de treino deve ser de aproximadamente 30 a 45 minutos, com uma frequência de três a cinco vezes por semana, durante seis a dez semanas, sendo recomendado que após este período se estruture um programa de manutenção (Branco et al., 2012). Durante o treino, a frequência cardíaca, a pressão arterial e a saturação periférica de oxigénio devem ser monitorizadas, sendo que a saturação periférica de oxigénio não deve ser inferior a 92% e a frequência cardíaca deve permanecer abaixo da frequência cardíaca máxima (idealmente determinada por prova de esforço) (Branco et al., 2012).

O recurso a técnicas de conservação de energia contribui para a diminuição do grau de dispneia no desenvolvimento das atividades de autocuidado (Branco et al, 2012; DGS, 2009). Estas técnicas baseiam-se em princípios de conservação de energia e de simplificação do trabalho de forma a reduzir sintomas como a dispneia e evitar esforços com um consumo de oxigénio desproporcionado, com recurso, em caso de necessidade a produtos de apoio (Branco et al, 2012).

Outra componente fundamental do programa de RR é a educação, que constitui um processo preparado e efetuado por profissionais especializados, com vista a habilitar o utente e/ou a família/cuidador a lidar com o tratamento da doença e com a prevenção das suas complicações; a promover uma modificação no comportamento e estilo de vida ajustado à doença; a tornar o utente o mais possível autónomo no autocontrolo e gestão da doença e no recurso aos serviços de saúde (DGS, 2009).

A implementação de um programa de RR, dirigido a utentes com DRC, deverá ter o suporte técnico de uma equipa multidisciplinar (ERS, 2013), composta idealmente por um médico pneumologista e fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, EEER, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional (DGS, 2009). O EEER, enquanto profissional especializado na área da RR, participa ativamente no cuidado holístico aos utentes com DCR, e encontra-se envolvido

no desenvolvimento, aplicação e monitorização de intervenções terapêuticas, desempenhando um papel crucial na educação e gestão do regime terapêutico, e na promoção da autogestão da doença (ERS, 2013).

Tendo em conta as competências específicas do EEER preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), a sua intervenção visa a manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa, bem como a recuperação da sua funcionalidade¹⁵, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das suas capacidades¹⁶ (OE, 2011). O EEER elabora, implementa, monitoriza e avalia planos de cuidados de ER, dirigidos a pessoas vítimas de doença súbita ou por descompensação do processo de doença crónica, que provocam défice funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (OE, 2011).

No âmbito da sua intervenção o EEER utiliza técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio, e intervém na educação dos utentes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática clínica, nomeadamente unidades de internamento de agudos e de reabilitação, equipas de cuidados continuados, paliativos e cuidados na comunidade (OE 2011).

Deste modo, e tendo em conta a função determinante do EEER na preparação do regresso a casa e na reintegração do utente com DRC no seio da comunidade, é fundamental uma boa articulação entre o EEER do contexto hospitalar e da comunidade, de forma a dar continuidade ao programa de RR. O EEER dos cuidados de saúde primários encontra-se numa posição privilegiada para dar continuidade aos programas de reabilitação respiratória iniciados em contexto hospitalar, adaptando-os às reais necessidades do quotidiano do utente (Kelleher, Perker, Abdulwadud & Francis, 2009).

¹⁵ “ (...) a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (i.e. fatores ambientais e pessoais). Há uma interação dinâmica entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos” (Organização Mundial Saúde [OMS]; DGS, 2004, p.20).

¹⁶ “ (...) capacidade descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação. Este constructo visa indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio num dado momento” (OMS, DGS, 2004, p.17).

A ER constitui-se como uma área de intervenção reconhecida, que incorpora resultados da investigação e orientações de boas práticas baseadas na evidência, para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional do EEER, dando resposta às necessidades concretas da população e contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos na saúde (OE, 2011). Nomeadamente: (1) diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde; (2) diminuição do número de episódios de internamento; (3) diminuição da demora média de internamento e dos custos associados; (4) aumento do nível de independência das pessoas e das famílias; (5) diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade; (6) aumento da adesão ao regime terapêutico; (7) diminuição da dependência funcional e social; (8) otimização da reintegração do utente no seio familiar e social; e (9) diminuição da morbilidade (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação [APER], 2010).

O desenvolvimento da prestação de cuidados em ER, nos diferentes contextos de prática clínica deve ser pautado por um modelo teórico. Assim, na orientação da intervenção do EEER “os modelos de autocuidado (...) revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional” (OE, 2011, p.4). Face ao referido, e para dar resposta à temática em estudo, a prestação de cuidados de ER foi norteada pelo Modelo Conceptual de Doratheia Orem (2001). A Teoria Geral do Autocuidado de Orem, no âmbito do cuidado à pessoa com DRC, direciona a atuação do EEER para as necessidades de autocuidado da pessoa e permite a sua capacitação como agente do próprio autocuidado.

Este modelo conceptual baseia-se em três constructos teóricos: autocuidado, défice de autocuidado e sistemas de enfermagem. O autocuidado é entendido como uma função reguladora, que necessita de ser aprendida e desenvolvida (Orem, 2001). A atividade de autocuidado é uma capacidade adquirida com o intuito de colmatar as necessidades contínuas da pessoa, constituindo uma ação deliberada e intencional para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento humano (Taylor, 2004).

Tendo em conta este modelo teórico, a pessoa com DCR apresenta necessidades terapêuticas específicas, relacionados com sintomas

incapacitantes, que condicionam a capacidade da pessoa para ser o seu agente do autocuidado e de assumir comportamentos de autocuidado, impossibilitando-a assim de suprir todos os requisitos de autocuidado. Os requisitos de autocuidado são definidos como grupos de necessidades (Petronilho, 2012), que se dividem em: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 2001).

Os requisitos universais relacionam-se com as necessidades humanas básicas, sendo comuns a todos os seres humanos durante o ciclo vital, e dizem respeito a: manutenção de ar, água, alimentação, eliminação; equilíbrio entre atividade e repouso, entre solidão e interação social; prevenção de riscos que comprometem a vida e promoção do funcionamento e desenvolvimento humano (Orem, 2001).

O cumprimento destes requisitos é fundamental para que o autocuidado seja desenvolvido de forma eficaz. No caso da pessoa com DCR os requisitos universais como a manutenção de ar, o equilíbrio entre atividade e repouso e entre a solidão e a interação social encontram-se comprometidos. Assim, o compromisso respiratório pode limitar a capacidade da pessoa na satisfação das suas necessidades básicas, condicionando também a sua participação na vida social e profissional (National Clinical Guideline Centre [NICE], 2010).

Os requisitos de desenvolvimento surgem da necessidade de adaptação às mudanças no processo de desenvolvimento da pessoa ao longo da vida, nomeadamente a adaptação a um novo trabalho ou a condições que afetam o desenvolvimento (exemplo: envelhecimento, maternidade, estado nutricional, situação de saúde) (Orem, 2001). Por sua vez, os requisitos de desvio de saúde estão presentes em situação de doença ou incapacidade, alterando o normal funcionamento da pessoa (Orem, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento e de desvio de saúde também podem estar comprometidos na pessoa com DRC, por incapacidade da pessoa ser agente do seu próprio autocuidado, tornando-se recetora de cuidados e dependente de terceiros (Orem, 2001). De referir, que o cumprimento destes requisitos também pode estar alterado devido à dificuldade de adaptação ou aceitação face à situação de doença, apresentando a pessoa por vezes síndromas depressivos (NICE, 2010).

Considerando que a DRC condiciona a realização de atividades de autocuidado, surge um déficit no autocuidado, isto é, as carências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa em autocuidar-se (Orem, 2001), determinando a necessidade da intervenção do EEER. Esta intervenção ocorre mediante a aplicação de cinco métodos de ajuda e assistência à pessoa, designadamente: agir ou fazer para o outro; orientar o outro; apoiar o outro (apoio físico e psicológico); proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar o outro (Orem, 2001).

O EEER suplementa ou complementa as atividades de vida relativamente à quais a pessoa é dependente, mediante a: (1) identificação dos problemas da pessoa relativamente aos quais o enfermeiro está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções; (2) seleção, prescrição e supervisão na utilização de produtos de apoio; (3) ensino, instrução e treino da pessoa e família/cuidador sobre técnicas que promovam o autocuidado (OE, 2011).

Face à existência de déficit de autocuidado, surge a necessidade de desenvolver ações que permitam à pessoa retomar o seu autocuidado, mediante a aplicação de um sistema de enfermagem compensatório, parcialmente compensatório ou um sistema de enfermagem de apoio-educação (Orem, 2001). No sistema de enfermagem inteiramente compensatório, o enfermeiro deve compensar totalmente a incapacidade da pessoa, relativamente às atividades do autocuidado que requerem controlo da marcha e movimentos; no sistema parcialmente compensatório, a pessoa tem capacidade para realizar algumas das ações de autocuidado; e no sistema de apoio-educação a pessoa consegue desenvolver ou pode e deve aprender a desenvolver ações de autocuidado, mediante o apoio, orientação e ensino do profissional de enfermagem (Orem, 2001).

Na abordagem à pessoa com DCR, e dependendo do grau de incapacidade provocado pela doença, o EEER pode recorrer aos três sistemas de enfermagem, com o intuito de maximizar o potencial funcional e de independência da pessoa (OE, 2011).

Feita a contextualização do âmbito e natureza do projeto de formação inicialmente elaborado, e demonstrada a pertinência da sua temática, são de seguida apresentados os objetivos inicialmente traçados, que foram

operacionalizados ao longo do estágio. Importa referir que o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do estágio, não se limitou ao projeto de formação, tendo constituído fonte de aprendizagem todas as experiências e oportunidades proporcionadas pela prática clínica.

Considerando a problemática em estudo e as competências comuns do enfermeiro especialista e do EEER, preconizadas pela OE, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- ✓ Desenvolver competências em ER, na área da RR, na reeducação ao esforço da pessoa com DRC com vista à promoção do seu autocuidado.
- ✓ Desenvolver competências nas diferentes áreas de atuação do EEER na prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotoras e de eliminação, maximizando o seu potencial para o autocuidado.

Assim, para o desenvolvimento das competências comuns e específicas definidas pela OE que conferem o título de EEER e as competências referentes ao 2º ciclo do processo de Bolonha, que conferem o grau de mestre, foi realizado um estágio em dois contextos clínicos distintos.

Numa primeira fase o estágio decorreu em contexto hospitalar, num serviço de internamento de pneumologia, no período de 30 de Setembro de 2014 a 28 de Novembro de 2014. A escolha deste serviço deveu-se à sua grande especificidade no que respeita a patologias do foro respiratório, e ao facto do EEER desenvolver grande parte da sua intervenção na área da RR, sendo a importância da sua intervenção reconhecida no âmbito da equipa multidisciplinar. Este período de estágio possibilitou o desenvolvimento de programas de RR, em utentes com diferentes patologias, nomeadamente DPCO, asma, fibrose quística, derrame pleural, empiema, pneumotórax, pneumonia. Assim, foi possível dar resposta aos objetivos delineados no projeto de formação, e desenvolver competências específicas na área da reabilitação da pessoa com DRC.

A segunda fase do estágio decorreu em contexto comunitário, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), no período de 1 de Dezembro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015. A ECCI é uma equipa multidisciplinar responsável pela prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de

reabilitação e de apoio social ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Artigo 27.º, Decreto-Lei nº101/2006). Tem como objetivos garantir a melhor qualidade de vida ao utente/família em situações de dependência; apoiar e desenvolver o autocuidado em ambiente familiar; colaborar de forma ativa na recuperação do utente promovendo a sua autonomia e prevenindo complicações (Artigo 27.º, Decreto-Lei nº101/2006).

Este período de estágio possibilitou a prestação de cuidados de ER a utentes com diferentes patologias, nomeadamente artroplastia da anca, acidente vascular cerebral (AVC), esclerose múltipla (EM), esclerose lateral amiotrófica (ELA), demências, neoplasias. Foi possível constatar que a intervenção do EEER é determinante para maximizar a independência funcional dos utentes, mediante o desenvolvimento de estratégias adaptativas para contornar ou ultrapassar as limitações ou dificuldades sentidas pela pessoa e/ou família. A experiência vivenciada nesta ECCI permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da reabilitação da pessoa com alterações sensoriomotoras e de eliminação.

Para a elaboração do presente relatório, foi realizada pesquisa bibliográfica, na sua maioria, em bases de dados eletrónicas, nomeadamente: CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect; e em sites de entidades governamentais e não governamentais da comunidade científica.

Este relatório encontra-se estruturalmente dividido em quatro partes, a primeira diz respeito à componente científica, que suporta e fundamenta o tema, e onde se aborda a DRC, a RR e o treino pelo exercício na pessoa com DRC, e o autocuidado como filosofia de cuidados; na segunda parte aborda-se o percurso de desenvolvimento de competências, fazendo-se uma descrição, análise e reflexão das atividades e competências desenvolvidas; na terceira parte faz-se a avaliação do percurso formativo; e por fim são apresentadas as considerações finais e as perspetivas futuras.

1 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O percurso de desenvolvimento de competências do enfermeiro tem implícito um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (comportamentos e atitudes), e do saber-aprender (constante atualização e adaptação em função da evolução das situações) (Dias, 2004).

A interação dos diferentes saberes com a evolução social, a atualização de conhecimentos e a adaptação a novas exigências (Dias, 2004), promove o desenvolvimento de competências especializadas. Assim, ao enfermeiro especialista é reconhecido um conhecimento profundo num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas a processos de vida e saúde, níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão (OE, 2010a).

A OE definiu no Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista as competências comuns aos especialistas, organizando-as em quatro domínios: “responsabilidade profissional, ética e legal”, “melhoria contínua da qualidade”, “gestão de cuidados” e “desenvolvimento de aprendizagens profissionais”. Para cada área de especialização a OE criou regulamentos próprios, nomeadamente o Regulamento das Competências Específicas do EEER que definiu as seguintes competências específicas do EEER (OE, 2010a, p. 2):

- ✓ Cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados;
- ✓ Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição na participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- ✓ Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, apresenta um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, tendo como finalidade ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e a sua independência (OE, 2010b).

Os cuidados de ER na sociedade atual estão em franca expansão, devido ao aumento da taxa de sobrevivência a lesões potencialmente fatais e ao aumento

da esperança média de vida, sendo previsível um acréscimo na prevalência de doenças de evolução prolongada, com graus de dependência elevados (OE, 2011). Neste contexto, a intervenção do EEER visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas, assegurando a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, bem como desenvolver intervenções terapêuticas para a melhoria das funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (OE, 2010b).

Com a finalidade de desenvolver as competências comuns e específicas do EEER, bem como dar resposta à problemática escolhida, foram planeadas no projeto de formação atividades, estabelecidos objetivos específicos, traçados indicadores e critérios de avaliação, que nortearam o desenvolvimento de competências ao longo do estágio. Tendo em conta que as competências comuns do enfermeiro especialista se correlacionam e interseam com as competências específicas do EEER, optou-se por associar aos domínios de competências do enfermeiro especialista as competências específicas do EEER. Assim, de forma a explicitar o percurso de desenvolvimento de competências, será feita a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em função dos objetivos específicos traçados para cada unidade de competência.

1.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal e Competências Específicas do EEER

Para o desenvolvimento das competências planeadas no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro deve demonstrar um exercício seguro, profissional, ético e que respeite os direitos humanos, recorrendo a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, com base num corpo de conhecimentos ético-deontológicos, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos utentes (OE, 2010a).

Considerando que estas competências são transversais às competências específicas do EEER, principalmente no que diz respeito ao cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida e em diferentes contextos da

prática de cuidados (OE, 2010b), expõe-se o percurso de aprendizagem realizado no estágio, que possibilitou o desenvolvimento das competências integradas no Quadro 1.

Quadro 1: Competências integradas no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competências
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.

Para o desenvolvimento de competências do EEER neste âmbito foi fundamental **“desenvolver uma prática profissional com base nos princípios éticos e deontológicos na área da ER, procurando a excelência dos cuidados”**. Deste modo, ao longo deste percurso de aprendizagem procurou-se prestar cuidados de excelência, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos da profissão. Demonstrou-se respeito pelos direitos do utente enquanto ser humano, pela sua dignidade, pelos princípios da beneficência e não maleficência, e por valores como a justiça. Procurou-se também, ir ao encontro das necessidades dos utentes e famílias, envolvendo-os no planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação, de forma a promover a sua autonomia e autocuidado.

O código deontológico do enfermeiro constitui um pilar essencial para a prática da enfermagem, pois nele se encontram descritos os deveres profissionais, baseados nos direitos dos cidadãos e das comunidades que são alvo de cuidados, bem como as responsabilidades assumidas pela profissão (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Para a concretização deste objetivo foi fundamental o período de integração nos locais de estágio, pois permitiu conhecer a dinâmica, organização e funcionamento do serviço de internamento da pneumologia e da ECCI, mediante consulta das normas e procedimentos vigentes, dos projetos

em curso, dos trabalhos realizados, dos instrumentos de avaliação existentes, e dos sistemas de informação em enfermagem utilizados. Este período permitiu, ainda, tomar conhecimento acerca dos recursos humanos, materiais e físicos existentes nos locais de estágio. Houve, também, necessidade de rever os conteúdos teóricos abordados nas unidades curriculares e de realizar pesquisa bibliográfica, de forma a melhorar a articulação com a prática clínica.

Portanto, o processo de integração promove a adaptação dos novos enfermeiros à instituição, com o intuito de uniformizar a prestação de cuidados, favorecendo a disseminação de normas, rotinas, procedimentos e o seguimento de diretrizes, que visam a prestação de cuidados de qualidade (Bucchi & Mira, 2010).

No que concerne o processo de integração e adaptação no serviço de pneumologia, importa referir que desencadeou inicialmente uma sensação de desconforto e sentimentos de receio e insegurança, no entanto gradualmente estes sentimentos foram-se atenuando, graças à relação estabelecida com a enfermeira orientadora, que se mostrou sempre disponível para esclarecer todas as dúvidas e apaziguar as inquietações.

Apesar deste local de estágio estar inserido em contexto hospitalar, tal como o meu local de trabalho, a dinâmica de funcionamento e a tipologia de utentes é muito distinta. As principais diferenças prenderam-se com a realização dos registos e carta de alta de enfermagem em sistema informático, utilizando a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), com o facto do processo clínico do utente se encontrar na sala dos médicos (que se localiza fora do serviço), não sendo utilizado como suporte para a passagem de turno.

Dado que na instituição onde desempenho funções os registos e a carta de alta de enfermagem ainda são realizados em suporte de papel, tive que me familiarizar com ao sistema informático e com a linguagem utilizada. Desde o início do estágio que comecei a realizar os registos de enfermagem no sistema informático, sempre com o apoio e sob supervisão da enfermeira orientadora, o que facilitou a minha adaptação ao sistema.

No que se refere ao acesso ao processo clínico, senti inicialmente que o processo estava pouco disponível para consulta, uma vez que se encontra na

sala dos médicos, o que poderá levar a perda ou a não transmissão de informação pertinente. Esta dificuldade foi sendo ultrapassada com a ajuda da enfermeira orientadora e da equipa médica, que se mostrou sempre disponível, pelo que com o decorrer do estágio fui desenvolvendo a confiança necessária para me deslocar à sala dos médicos, tanto para consulta do processo como para obtenção de informações clínicas pertinentes, que posteriormente eram transmitidas na passagem de turno.

A prestação de cuidados de ER é assegurada por duas EEER, e três enfermeiras estão a concluir a sua formação nesta área. O EEER é um elemento de referência para a equipa, e a sua intervenção é determinante para o bom funcionamento do serviço. Este foi um factor facilitador para a minha integração, pois enquanto futura EEER senti que era um elemento válido e com o decorrer do estágio considero que a minha intervenção foi sendo valorizada pelos pares e restante equipa multidisciplinar.

No que diz respeito à integração na ECCI, considero que a experiência vivenciada no serviço de pneumologia contribuiu favoravelmente para este processo, tendo sido determinante para melhorar o grau de segurança e confiança nas minhas capacidades. No entanto a prestação de cuidados em contexto comunitário constitui um campo de intervenção muito distinto do meu âmbito profissional habitual, pelo que inicialmente tive algumas dificuldades, relacionadas essencialmente, com pouco conhecimento acerca da organização dos cuidados e terminologia utilizada para definir as diferentes estruturas/unidades de apoio existentes, com a prestação de cuidados no meio ambiente do utente, e com os sistemas de informação utilizados.

Assim, antes de mais houve necessidade de consultar a legislação vigente, tendo-se realizado um jornal de aprendizagem (Apêndice II) para compreender o modo como se organizam os Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES), e enquadrar a ECCI no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Os utentes são referenciados para a ECCI mediante proposta do médico de família ou através da equipa de gestão de altas do hospital da área de referência. Após referenciação do utente para a ECCI é agendada uma visita domiciliária, para realizar a avaliação clínica e social do utente.

A prestação de cuidados de ER na ECCI é assegurada por três EEER, que trabalham em articulação com a equipa multidisciplinar, constituída por nove enfermeiros, dois médicos, duas assistentes sociais, e uma psicóloga.

O EEER no âmbito da ECCI tem competências para promover e potencializar a capacidade de reabilitação de cada pessoa ou ajudar a lidar com as incapacidades e desvantagens, assumindo um papel fulcral na avaliação da necessidade de produtos de apoio, indispensáveis à promoção da autonomia, na avaliação das condições habitacionais e orientação para as alterações necessárias na estrutura física, no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doença/morbilidade junto dos utentes, família/cuidadores (APER, 2010).

A prestação de cuidados no contexto comunitário permite ao profissional de enfermagem maior proximidade ao meio ambiente do utente e conhecimento sobre o seu contexto habitacional, relacional, estrutural e redes de apoio (Rice, 2004). Deste modo, a intervenção do EEER mostrou ser muito abrangente, pois para além da componente técnica, tem em conta as diferentes dimensões do utente enquanto pessoa, sendo o EEER reconhecido como um amigo, conselheiro e confidente. Esta é uma posição privilegiada para a identificação de problemas reais e potenciais, e favorece uma abordagem holística da pessoa em detrimento do modelo biomédico, ainda muito presente na prestação de cuidados no meio hospitalar.

No entanto, o contexto comunitário é um ambiente pouco controlado para a prestação de cuidados. Um aspeto demonstrativo desta realidade prende-se com o facto de ter prestado cuidados a utentes em camas não articuladas, em camas articuladas de casal e encostadas à parede, o que comprometia os princípios da mecânica corporal, e muitas vezes requeria a transferência dos utentes para o cadeirão ou cadeira de rodas para dar continuidade a intervenção planeada e garantir a segurança dos cuidados prestados. Tendo em conta que no meu local de trabalho disponho de condições materiais e estruturais necessárias para a prestação de cuidados, senti inicialmente algumas dificuldades relacionadas, não só com a estrutura e condições habitacionais, mas também com as condições de salubridade e de higiene

pessoal existentes, o que exigiu o desenvolvimento de capacidade de adaptação e improvisação.

Ao longo do estágio acredito ter sido bem aceite enquanto futura EEER, e ter conseguido desenvolver uma relação terapêutica efetiva e de confiança, com base na parceria criada com os utentes e familiares, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (CE, 2001), promovendo a sua adesão aos cuidados. Para tal, foi fundamental o desenvolvido de competências relacionais e de comunicação, de forma a negociar e obter a colaboração dos utentes e familiares na satisfação das atividades de autocuidado, bem como a adoção de uma postura flexível, sem emitir juízos de valor, mostrando discernimento e ponderação nas indicações e informações transmitidas. De referir que houve preocupação em validar e clarificar toda a informação dada, tendo sido solicitado o consentimento informado para a realização das intervenções planeadas.

No que concerne os registos de enfermagem, estes são realizados no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e no aplicativo de monitorização da RNCCI, o GestcareCCI. A falta de conhecimento sobre estas plataformas constituiu inicialmente um obstáculo para aceder aos dados clínicos dos utentes e consultar as avaliações realizadas anteriormente pelos diferentes profissionais de saúde. Progressivamente fui-me familiarizando e adaptando aos dois sistemas de informação, desenvolvendo alguma perícia na sua utilização, sempre com o apoio e supervisão do enfermeiro orientador.

Constatou-se também que a intervenção do EEER se reveste de grande autonomia na tomada de decisão. A necessidade de tomar decisões encontra-se presente em todas as situações do dia-a-dia do enfermeiro, o que implica capacidade para cumprir as suas funções profissionais de forma autodeterminada, responsabilizando-se pelas suas decisões e resultados, e o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, com base em aspetos legais, valores éticos, conhecimentos e experiência (Ribeiro, 2011). Tendo em conta que EEER é responsável pela conceção, planeamento e monitorização de planos de ER diferenciados, deve demonstrar um nível elevado de conhecimento que dê suporte à sua tomada de decisão (OE, 2010b).

Ao longo do estágio a segurança e autonomia na tomada de decisão, bem como a capacidade de responsabilização, foram evoluindo gradualmente, nomeadamente na avaliação inicial do utente, no planeamento e justificação das intervenções, permitindo dar resposta ao objetivo **“fomentar a capacidade de responsabilidade na tomada de decisão”**.

No entanto, considero que houve maior dificuldade e insegurança no processo de tomada de decisão em contexto comunitário, devido à constante necessidade de tomar decisões sem recurso a meios complementares de diagnóstico e sem apoio constante dos pares e da equipa médica. Esta dificuldade foi sendo colmatada pelo apoio constante do enfermeiro orientador e da docente orientadora, que promoveram a discussão dos casos clínicos e validação das intervenções planeadas. Por outro lado, houve necessidade de desenvolver um novo olhar sobre a forma de agir, voltado não apenas para as habilidades técnicas, mas para o desenvolvimento de uma atitude reflexiva e pensamento crítico fundamentado por saberes científicos e valores éticos, que deram suporte à tomada de decisão.

De forma a dar continuidade ao desenvolvimento de competências específicas do EEER foi traçado o objetivo **“desenvolver o processo de enfermagem na prestação de cuidados de ER com base na teoria geral do autocuidado, respeitando a individualidade, os valores, os costumes e as crenças da pessoa e família/cuidador”**.

O processo de enfermagem¹⁷ constitui uma ferramenta estruturante para a prática de cuidados em enfermagem, pelo que se procurou ao longo do estágio desenvolver na prestação de cuidados o processo de enfermagem, com base na Teoria Geral do Autocuidado de Orem.

Segundo o modelo conceptual de Orem (2001) o processo de enfermagem compreende uma sucessão de ações contínuas e regulares, que devem ser desenvolvidas de forma particular, deliberada e orientada para o alcance dos objetivos traçados e dos resultados esperados. Estas ações são

¹⁷ O processo de enfermagem é uma abordagem que permite organizar e prestar cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades do utente, mediante aplicação de um pensamento crítico para fazer juízos de valor e implementar ações racionais (Potter & Perry, 2006).

entendidas como ações de diagnóstico¹⁸, de prescrição¹⁹, de regulação ou tratamento²⁰, de controlo ou gestão de caso²¹, e encontram-se divididas por três fases relacionadas entre si: (1) diagnóstico e prescrição; (2) regulação e tratamento; (3) controlo (Orem, 2001).

A prestação de cuidados de reabilitação à pessoa com DRC no serviço de pneumologia centrou-se, essencialmente, em utentes com DPOC, asma e fibrose quística, com especial destaque para a DPOC devido à grande incidência de internamentos por DPOC agudizada neste serviço. Este facto vai ao encontro dos dados disponibilizados pela DGS no Programa Nacional para Doenças Respiratórias 2012-2016, que considera a DPOC e a asma duas das doenças respiratórias crónicas mais prevalentes em Portugal, e destaca a fibrose quística pela grande necessidade de diferenciação na abordagem e especificidade de tratamento (DGS, 2009). Por outro lado, a prestação de cuidados de ER na ECCI incidiu principalmente em utentes com sequelas e limitações decorrentes de AVC e relacionadas com o foro ortopédico.

Durante a prestação de cuidados no serviço de pneumologia e na ECCI, procurou-se desenvolver ações de diagnóstico e prescrição, mediante a recolha sistemática de dados junto dos utentes e familiares/cuidadores, observar e avaliar os utentes mediante exame físico, consultar o processo clínico e exames de diagnóstico, consultar os registos de enfermagem, partilhar e recolher informação com os pares e os elementos da equipa multidisciplinar.

O recurso a escalas e instrumentos de avaliação foi frequente ao longo do estágio, e contribuíram para a avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação dos utentes para a promoção do autocuidado, monitorizando a sua

¹⁸ As ações de diagnóstico visam a recolha e análise sistemática de dados sobre a pessoa, incluindo dados físicos e psicossociais, a capacidade e potencial de autocuidado da pessoa, as suas necessidades terapêuticas e a forma como se relacionam entre si (Orem, 2001).

¹⁹ As ações de prescrição consistem em julgamentos clínicos seguidos por decisões sobre o que pode ser feito, como pode ser feito, tendo como referencial a capacidade de autocuidado da pessoa, bem como os recursos disponíveis e o tipo de ações necessárias para suprir o défice de autocuidado (Orem, 2001).

²⁰ O planeamento das ações de regulação constitui o princípio do desenho do sistema de enfermagem, que inclui a seleção de intervenções, a organização de tarefas essenciais para a pessoa e o enfermeiro, a identificação e seleção dos meios e recursos necessários à produção do sistema de enfermagem (Orem, 2001).

²¹ As ações de controlo ou gestão visam a avaliação do plano de cuidados implementado e monitorização da evolução da pessoa face aos objetivos e resultados esperados, recomendando ajustes no sistema de cuidados caso seja necessário (Orem, 2001).

evolução. A utilização de instrumentos de avaliação constitui um meio facilitador para avaliação da capacidade funcional e necessidades de cuidados da pessoa, avaliação do impacto da doença a nível psicossocial, planeamento e implementação de intervenções, e avaliação contínua (Hoeman, 2011).

Os instrumentos mais utilizados na avaliação da pessoa com DRC foram a escala de Borg modificada (Anexo I), para avaliação da dispneia; a escala *London Chest Activit of Dail Living* (Anexo II), para avaliação da dispneia durante a realização de algumas atividades diárias; a escala de Braden (Anexo III), para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão; o *COPD Assessment Test – CAT* (Anexo IV), para avaliação do impacto no bem-estar e no quotidiano da pessoa com DPOC; e o *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire* (Anexo V) para avaliação do grau de dispneia.

Ainda, relativamente à avaliação da pessoa com alterações do foro respiratório, foi desenvolvida perícia na observação de parâmetros respiratórios, nomeadamente na avaliação da frequência, ritmo, amplitude, simetria dos movimentos respiratórios e características do tórax, na avaliação da dispneia, postura corporal, cianose, tosse e expetoração.

Foram também, adquiridos conhecimentos e experiência na realização da auscultação pulmonar e identificação dos sons respiratórios, na observação e interpretação de exames imagiológicos, nomeadamente na radiografia do tórax, e foram consolidados conhecimentos na interpretação da gasometria arterial. A auscultação pulmonar era realizada no início e no término das sessões de Reeducação Funcional Respiratória²² (RFR), tendo como propósito a avaliação inicial, mas também a avaliação dos resultados obtidos com as intervenções implementadas. De igual modo, a observação e interpretação da radiografia do tórax constitui uma ferramenta fundamental para o planeamento e avaliação de intervenções, e para o esclarecimento de alguns sinais e sintomas observados.

Portanto, o constante recurso à auscultação pulmonar e à observação de exames imagiológicos foram determinantes na avaliação dos utentes, mas também possibilitaram o desenvolvimento de alguma perícia nesta área. Com o decorrer do estágio foi possível estabelecer relação entre a observação e

²²Terapêutica que utiliza um vasto leque de técnicas, manobras e exercícios, baseados na associação do controlo da respiração com o posicionamento e o movimento (Branco et al., 2012).

avaliação do utente, com a identificação dos diferentes sons pulmonares e os resultados dos exames de diagnóstico. Saliento o contributo da enfermeira orientadora e equipa médica na validação de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas, pois constituíram importantes momentos de aprendizagem.

Devido a sintomas como a dispneia, a pessoa com DRC tende a evitar fazer esforços físicos tornando-se sedentária, o que provoca descondicionamento multi-sistémico (cardiovascular, respiratório e muscular), e agravamento da sua incapacidade (Lynes, 2007), comprometendo a realização das atividades de autocuidado. Assim, ao longo do estágio no serviço de pneumologia, o diagnóstico de enfermagem mais frequente identificado, segundo o modelo conceptual de Orem (2001), foi o “défice de manutenção de inspiração de ar suficiente”. No entanto, verificou-se que este diagnóstico afeta outros requisitos universais, nomeadamente “manutenção de ingestão suficiente de água e alimentos”; “manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso”; “interação social e solidão”. De modo similar, num estudo realizado com utentes asmáticos e com DPOC, os requisitos apontados anteriormente foram identificados como os principais défices no autocuidado, sendo o “défice da manutenção da inspiração de ar suficiente” o mais evidenciado pelo estudo (Souza, Mantelli, Silva, Borenstein & Salvador, 2005).

Quanto à avaliação do utente com alterações sensoriomotoras e de eliminação na ECCI, foi fundamental uma avaliação individual e sistematizada para identificação dos requisitos universais de autocuidado alterados. Para tal recorreu-se a instrumentos de avaliação, nomeadamente a escala de Braden; de Morse (Anexo VI) para avaliação do risco de queda; ao Índice de Barthel (Anexo VII) para a avaliação da capacidade funcional da pessoa na realização das atividades de vida diária; à *Medical Research Council Motor Scale* (Anexo VIII) para a avaliação da força muscular; à escala de *Ashworth* modificada (Anexo IX) para a avaliação do tônus muscular; e à Medida de Independência Funcional (Anexo X), para avaliação do impacto do AVC na realização das atividades diárias de autocuidado, na comunicação e na cognição social.

Para avaliação sistemática dos utentes foi delineada a seguinte estrutura orientadora: avaliação do estado mental, atenção, memória, linguagem, pares cranianos, força muscular, tônus muscular, sensibilidade, coordenação motora,

equilíbrio e marcha. A estrutura adotada revelou-se particularmente útil na avaliação e monitorização da evolução da pessoa com AVC.

Ao longo do estágio na ECCI, o diagnóstico de enfermagem mais frequentemente identificado foi o “défice de manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso”. Contudo, também se verificou alteração de outros requisitos universais, nomeadamente “manutenção de ingestão suficiente de água e alimentos”; “manutenção de padrão de eliminação adequado”; “interação social e solidão”; e “prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao seu bem-estar”. Face aos défices de autocuidado identificados foram escolhidos os sistemas de enfermagem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e/ou o sistema de apoio e ensino) mais adequados para dar resposta às necessidades dos utentes. Para suprir os défices de autocuidado foram realizadas ações de regulação e tratamento, mediante a implementação de planos de cuidados.

Os planos de cuidados foram realizados em função dos requisitos de autocuidado identificados como alterados, assim, no serviço de pneumologia os planos de cuidados (Apêndice III) implementados contemplaram a realização de técnicas de RFR; o recurso a mecanismos de limpeza das vias aéreas; a introdução progressiva de treino de exercício; e uma abordagem educacional, subordinada a temas como: técnicas de conservação de energia, oxigenoterapia de longa duração (OLD), gestão de terapêutica, nutrição e hidratação.

Por sua vez os planos de cuidados (Apêndice IV) elaborados no âmbito do estágio da ECCI compreenderam essencialmente intervenções direcionadas para a manutenção das capacidades funcionais e cognitivas dos utentes, uma vez que são acompanhados durante um longo período de tempo (superior ao período de estágio), sendo a sua evolução lenta.

Na avaliação e monitorização sistemática dos planos de cuidados recorreu-se a ações de controlo, procedendo-se sempre que necessário à reformulação das intervenções planeadas ou introdução de novas intervenções, ajuntando os sistemas de enfermagem às necessidades e evolução dos utentes. Todas as intervenções realizadas foram negociadas com os utentes, considerando os seus valores, costumes e crenças.

De forma a dar visibilidade aos cuidados prestados, bem como garantir a sua continuidade, foram diariamente realizados registos de enfermagem. Estes “são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, revestindo-se por isso de grande importância, pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados corretamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem” (Martins et al, 2008, p.53).

Tal como referido anteriormente, nos dois locais de estágios os registos eram efetuados em sistemas informáticos. No entanto, no serviço de pneumologia os cuidados de ER eram apenas sumariamente descritos no sistema informático, uma vez que para cada doente se realizava o registo em folha própria (Anexo XI). Este instrumento foi uma mais-valia na sistematização dos cuidados prestados, pois compreende a avaliação inicial do utente, as intervenções realizadas, e os resultados obtidos, permitindo facilmente constatar a eficácia das intervenções implementadas.

Na ECCI, o EEER realiza o registo dos cuidados de ER no SAPE, selecionando os focos, diagnósticos e intervenções que considera pertinente e adequados para cada utente. Apesar do registo informático facilitar o acesso a toda a informação disponível, o sistema confere maior visibilidade às intervenções realizadas, tornando-se pouco perceptível a avaliação das necessidades dos utentes, bem como os resultados obtidos.

1.2 – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e Competências Específicas do EEER

Para o desenvolvimento das competências planeadas no âmbito deste domínio, é necessário reconhecer que a melhoria da qualidade implica a análise e revisão das intervenções realizadas, avaliação da qualidade, e mediante os resultados, implica a reformulação ou manutenção dos programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico seguro (OE, 2010a).

Tendo em conta que estas competências são transversais às competências específicas do EEER, nomeadamente no que concerne a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (OE, 2010b), expõe-se

o percurso de aprendizagem realizado durante o estágio, que possibilitou o desenvolvimento das competências descritas no Quadro 2.

Quadro 2: Competências integradas no Domínio da Melhoria da Qualidade

Competências
B2. Concebe, Gere e Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
B3. Cria e mantém um ambiente seguro.
J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Para o desenvolvimento de competências neste âmbito foi fundamental **“desenvolver a capacidade de mobilização e utilização da melhor evidência científica disponível na prestação de cuidados de ER”**.

De forma a consolidar o conhecimento existente e adquirir novos saberes, recorreu-se a bases de dados fidedignas, a *sites* de entidades governamentais e não-governamentais da comunidade científica, e à bibliografia de referência disponível na biblioteca da ESEL. Deste modo, na prestação de cuidados procurou-se aplicar os conhecimentos desenvolvidos e aperfeiçoar a prática, baseando-a na evidência científica, de forma a desenvolver um exercício profissional fundamentado, intencional e refletido.

Na promoção da melhoria contínua dos cuidados de ER foram definidos padrões de qualidade como a satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011). Estes enunciados são um instrumento importante na avaliação sistemática da qualidade e eficácia dos cuidados prestados, e na análise dos resultados obtidos, permitindo identificar oportunidades de melhoria nos cuidados de ER (OE, 2011)

Assim, e de forma a dar continuidade ao desenvolvimento de competências neste domínio foi essencial **“colaborar na implementação de projetos e programas de melhoria da qualidade na prestação de**

cuidados". Para tal foi importante a monitorização e avaliação dos programas de RR e sensoriomotores implementados nos dois campos de estágio.

No âmbito dos programas de RR foram realizadas técnicas de RFR, que visaram prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios otimizando a distribuição e a ventilação alveolar (Branco et al., 2012; Cordeiro & Menoita, 2012), melhorar a sincronização dos músculos abdominais com os movimentos respiratórios, e melhorar a gestão da dispneia durante as exacerbações, períodos de ansiedade ou esforço (Fishman et al., 2008).

Os exercícios de RFR mais utilizados foram a reeducação diafragmática maioritariamente da porção posterior; reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda, reeducação costal global com e sem bastão e seletiva com abertura costal. Gradualmente foram introduzidas resistências (manual, pesos e faixas elásticas) com o intuito de melhorar a performance da musculatura respiratória e aumentar a resistência à fadiga (Branco, et al., 2012).

As sessões de RFR foram iniciadas com técnicas de descanso e relaxamento, posicionado o utente na maioria dos casos em decúbito dorsal, com os membros inferiores ligeiramente fletidos, de forma a reduzir a tensão psíquica e muscular (Cordeiro & Menoita, 2012), facilitando assim a sua participação e contribuindo para a posição de relaxamento dos músculos acessórios da respiração, da cintura escapular, cervical e membros superiores (Lynes, 2007). Foi promovida a consciencialização e controlo da respiração, mediante o treino da respiração diafragmática, simultaneamente com o treino da dissociação dos tempos respiratórios. Deste modo, manteve-se a pressão positiva das vias aéreas, prevenindo o colapso dos bronquíolos terminais e a hiperinsuflação torácica (Fishman et al, 2008). Nos utentes com dispneia o posicionamento de eleição foi o semi-fowler, contudo também se recorreu a outras posições de descanso, nomeadamente a posição de cocheiro sentado e de pé. Recorreu-se constantemente à escala de Borg modificada para avaliação da perceção do grau de dispneia.

Os exercícios de RFR realizados, nomeadamente com utentes com DPOC e asma, permitiram maximizar a sua capacidade funcional e prevenir complicações, tendo-se respeitado a autonomia dos utentes e reconhecido o seu esforço no processo de reabilitação.

Em situações específicas, como no caso dos utentes com derrame pleural deu-se primazia ao exercício de abertura costal seletiva do lado comprometido em associação à terapêutica de posição. Neste caso, o exercício de abertura costal seletiva promove a mobilidade costal, a prevenção de limitações funcionais da articulação escapulo-umeral e o controlo respiratório, recomendando-se a permanência em decúbito lateral sobre o lado sã por períodos de 15 minutos, várias vezes ao dia (Cordeiro & Menoita, 2012), associado a períodos de inspirações profundas.

Foi ainda introduzido o espirómetro de incentivo durante a terapêutica de posição. Esta técnica permite um feedback visual do volume pulmonar inspirado, e pretende assegurar a reabertura brônquica, recrutar unidades alveolares colapsadas, aumentar a pressão transpulmonar, aumentar os volumes inspiratórios, e melhorar o desempenho dos músculos inspiratórios (Branco et al., 2012). Numa fase inicial os utentes referiam algum desconforto e por vezes dor aquando da utilização deste dispositivo, mas gradualmente foram obtendo melhores volumes inspiratórios, com reflexo na auscultação pulmonar, com murmúrio vesicular mais audível e diminuição da opacidade do seio costofrénico na imagem de radiografia do tórax.

Nos utentes asmáticos recorreu-se diariamente ao *peak-flow meter* para avaliação da função pulmonar, mediante a medição do pico de fluxo expiratório máximo, considerando-se o valor mais elevado de três tentativas. Os valores obtidos contribuíram para avaliação da resposta ao tratamento, permitindo ajustar a terapêutica instituída, e para a deteção de sinais precoces de agravamento da doença, a longo prazo contribuiu também para o controlo efetivo da asma (GINA, 2014).

Relativamente à limpeza das vias aéreas introduziu-se durante a RFR a realização de manobras acessórias (compressões, percussões e vibrações), associadas a posições de drenagem postural modificada, isto é, com o leito na posição horizontal ou em semi-fowler, de acordo com a condição clínica da utente (Cordeiro & Menoita, 2012). Foi realizado o treino de tosse dirigida e assistida, e recorreu-se ao Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias (CATR). Recorreu-se também à humidificação para a fluidificação e eliminação de

secreções, mediante a utilização de aerossóis com soro fisiológico, administração de terapêutica fluidificante (oral e endovenosa) e hidratação oral.

Foram utilizados dispositivos de ajuda para a mobilização de secreções, nomeadamente o *shaker*, *flutter* e *acapella*. A utilização destes dispositivos está indicada em pessoas com DPOC, asma, fibrose quística, e outras patologias respiratórias que se caracterizam pela hipersecreção brônquica (Cordeiro & Menoita, 2012; Machado, 2008). Recorreu-se mais ao shaker e ao flutter, no entanto em utentes que não apresentavam fluxo expiratório suficiente para a sua correta utilização, optou-se pelo acapella.

Outro dispositivo utilizado foi o *cough assist*, num utente com o diagnóstico de infeção respiratória nosocomial hipoxemiante, com antecedentes de insuficiência respiratória crónica por síndrome de hipoventilação sob ventilação não-invasiva (VNI) contínua, e cujo mecanismo de tosse era ineficaz. De forma a melhorar a ventilação também se recorreu à aspiração de secreções. A utilização deste dispositivo contribuiu para a melhoria clínica do utente, que progressivamente passou a estar sob VNI apenas no período da noite.

Todos os dispositivos e técnicas utilizadas na higiene brônquica mostraram-se eficazes, principalmente em utentes com predomínio broncorreico e com dificuldade em mobilizar e expelir secreções, com reflexo na diminuição dos ruídos adventícios e nas zonas de opacidade visualizadas na radiografia do tórax.

No contexto do treino de exercício, deu-se ênfase à combinação de exercícios de *endurance* com exercícios de tolerância ao esforço, com o intuito de diminuir a dispneia na realização das atividades de autocuidado. Estes exercícios promoveram a melhoria da função esquelética e morfológica dos músculos afetados pela inatividade, reduzindo a dispneia com a atividade física, aumentando a tolerância ao esforço, e melhorando a capacidade para o exercício (Fishman et al, 2008).

Neste sentido, foram realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, mediante a utilização de halteres, bastão, faixa elástica e ciclo ergómetro. O treino de exercício dos membros superiores melhora o desempenho do utente na realização de atividades de vida diária e contribui

para a melhoria da dispneia, na medida em que alguns dos músculos utilizados no movimento dos membros superiores atuam como músculos acessórios da respiração (Lynes, 2007). Para o fortalecimento muscular dos membros inferiores recorreu-se ao ciclo ergómetro e bicicleta estática, realizou-se treino de marcha e de escada. O treino dos membros inferiores contribuiu para a melhoria da capacidade de locomoção dos utentes, diminuindo a dispneia e fadiga ao exercício (Lynes, 2007). Durante a realização dos exercícios os utentes foram instruídos a expirar na fase de esforço e inspirar na fase de repouso, de forma a reduzir a fadiga, e a corrigir a postura corporal. O treino de exercício foi feito de acordo com a tolerância dos utentes, e de um modo geral foi possível aumentar progressivamente a complexidade dos exercícios instituídos, tendo-se constatado gradualmente uma redução na intensidade da dispneia, segundo a escala de Borg modificada.

Na promoção da melhoria da qualidade no âmbito do treino de exercício, realizou-se ainda um panfleto com alguns exercícios de fortalecimento muscular (Apêndice V), de forma a dar continuidade aos cuidados prestados e constituir um suporte para o treino de exercício no domicílio.

Para a realização de atividades de autocuidado que implicavam esforço, os utentes foram orientados para a utilização de técnicas de conservação de energia. Assim, para além do treino de escadas, foram dadas indicações aos utentes para realizarem os cuidados de higiene e conforto sentados; vestir, despir, calçar e descalçar os sapatos sentados; usar sapatos sem atacador; recorrer à posição de descanso sentado e em pé; e realizar as tarefas domiciliárias de forma repartida ao longo do dia. As pequenas alterações na realização das tarefas diárias são muitas vezes suficientes para reduzir a sensação de dispneia, e prevenir ou diminuir o aparecimento de alterações metabólicas e respiratórias aquando da sua realização (Presto & Damázio, 2009). Verificou-se que os utentes reconheciam o benefício destas estratégias, com boa adesão à sua utilização, principalmente na realização de atividades como o lavar os dentes, barbear-se, pentear-se, lavar a cara, tomar banho, vestir e despir.

No caso dos utentes que necessitavam de aporte de oxigénio, durante o treino de esforço foi feita monitorização das oximetrias, foram treinadas

posições de descanso (sentado e de pé), e os utentes foram instruídos a expiração com os lábios semicerrados. Foi ainda realizada a prova de marcha de 6 minutos para aferir a prescrição de OLD. Na prescrição de OLD para o domicílio, houve preocupação em orientar os utentes na escolha do concentrador portátil de oxigénio e nos mecanismos de apoio para o seu transporte, que melhor se adequam às suas necessidades, de forma a promover a sua autonomia e bem-estar.

Com o intuito de habilitar os utentes e família a gerir a dispneia e a fadiga durante a realização das atividades de autocuidado, fomentou-se o desenvolvimento de conhecimentos da pessoa com DRC, no que diz respeito à gestão eficaz da sua doença, promovendo assim o *empowerment*²³. Isto é, que a pessoa desenvolva competências para lidar com as complicações e sintomas da doença, ajustando o seu comportamento e estilo de vida à doença (DGS, 2009). Deste modo, foi abordada a gestão de terapêutica, nomeadamente a inalatória, tendo-se procedido à instrução, treino e supervisão na utilização dos dispositivos inalatórios, realizando as correções pertinentes. Outra temática abordada foi a nutrição e a importância da hidratação, principalmente nos utentes com DPOC, uma vez que podem apresentar uma perda considerável de proteínas relacionada com a tosse e expectoração, e um aumento do gasto energético relacionado com o recurso aos músculos acessórios na respiração (Menoita e Cordeiro, 2012).

No que concerne a implementação de programas de reabilitação sensoriomotores, nomeadamente em utentes com AVC, foram acompanhados três utentes com sequelas e limitações decorrentes de AVC há mais de um ou dois anos, que apresentavam um elevado grau de dependência nas atividades de autocuidado (pontuação de zero ou cinco no Índice de Barthel). Assim, foram desenvolvidas intervenções que visaram essencialmente, a manutenção das funções motoras, sensoriais, cognitivas e de eliminação, potenciando as capacidades funcionais dos utentes.

²³O "*empowerment* é um processo social de reconhecimento, promoção e aumento da capacidade dos cidadãos irem de encontro à satisfação das suas próprias necessidades, resolverem os seus problemas e mobilizarem os recursos necessários no sentido de controlarem a sua vida" (Mesquita, 2007, p.18).

No que concerne as limitações da mobilidade na pessoa com AVC, estas estão relacionadas com alterações da força e do tónus muscular, do mecanismo do controlo postural e da sensibilidade, que podem conduzir à perda dos padrões de movimento do hemicorpo afetado, bem como a padrões inadequados do lado não afetado (Menoita, 2012). Assim, com o intuito de se evitar e diminuir a instalação do padrão espástico, realizaram-se posicionamentos em padrão anti-espástico, em decúbito dorsal, lateral para o lado afetado e para o lado menos afetado, que facilitam a integração do esquema corporal e da lateralidade (Menoita, 2012). Foram realizadas mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas, inclusive dos segmentos do hemicorpo menos afetado, de acordo com as capacidades funcionais dos utentes, com o intuito de estimular a sensibilidade, aumentar a força muscular, manter e melhorar a amplitude articular, e prevenir o desenvolvimento de problemas osteoarticulares e musculares (Branco & Santos, 2010).

Realizaram-se também atividades terapêuticas, nomeadamente o rolar na cama, a ponte, a rotação controlada da anca, automobilizações e a facilitação cruzada, com o objetivo de reeducar o movimento (Menoita, 2012). Estas atividades mostraram-se relevantes para controlar a espasticidade, estimular a sensibilidade, favorecer o alinhamento corporal, reintegrar o esquema corporal e preparar o levante.

No que concerne a preparação para o levante, foi feito treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado, bem como treino de equilíbrio estático na posição de pé, contudo dado o grau de dependência dos utentes, não se conseguiu progredir para o treino de marcha. Procedeu-se a transferências da cama para cadeira de rodas e da cadeira para a cama. Após levante para a cadeira de rodas foi colocada uma superfície de trabalho, de forma a facilitar a integração do hemicorpo afetado no esquema mental (Branco & Santos, 2010), e promoveu-se o posicionamento em padrão anti-espástico.

Os utentes apresentavam também alterações cognitivas, relacionadas com a memória, negligência hemiespacial²⁴ e afasia motora²⁵.

²⁴A negligência hemiespacial ou *neglect* caracteriza-se por uma incapacidade em atender, explorar e responder a estímulos presentes no hemiespaço e/ou no hemicorpo contralateral (Menoita, 2012).

No caso do utente com alterações da memória, recorreu-se a estímulos para a orientação da pessoa no tempo e espaço (Menoita, 2012), tais como o fornecimento de pistas para a identificação do mês e ano e exercícios de identificação de cores das paredes de casa. Promoveu-se ainda a evocação de acontecimentos passados, nomeadamente as datas de nascimento dos filhos, com o intuito de manter a identidade, o auto respeito e autoestima da pessoa e fomentar a socialização (Menoita, 2012). Este utente apresentava também negligência hemiespacial unilateral, pelo que, para se promover a reintegração do esquema corporal, se recorreu à facilitação cruzada. Procurou-se abordar o utente sempre pelo lado afetado e otimizar o ambiente, organizando os objetos significativos do utente de modo a incentivar o olhar para esse lado. Recomendou-se à família/cuidadores que a abordagem ao utente fosse feita preferencialmente pelo lado afetado, bem como a realização de atividades como o vestir e alimentar-se, de forma a criar estímulos sistemáticos desse mesmo lado.

No que diz respeito à interação com o utente com afasia motora procurou-se sempre o contacto visual, deu-se primazia a questões simples, encorajando-o a expressar-se calmamente, e recorreu-se a outras formas de expressão, nomeadamente, livros ilustrados com imagens relativas a diferentes atividades.

Constatou-se também que os três utentes apresentavam incontinência urinária, relacionada com a ausência de controlo voluntário da micção (Menoita, 2012). A utente encontrava-se algaliada de forma permanente, no entanto os outros dois utentes utilizavam fralda, pelo que foi introduzido um dispositivo urinário masculino (penrose), que contribuiu para melhorar o conforto e bem-estar dos utentes, a sua higiene pessoal e prevenir lesões de humidade.

Relativamente à eliminação intestinal, os três utentes apresentavam tendência para obstipação devido à imobilidade em geral, à diminuição da atividade reflexa do intestino e dos movimentos peristálticos (Branco & Santos, 2010). Assim, procurou-se perceber qual o padrão intestinal habitual, tendo-se recomendado, sempre que possível, levar os utentes à casa de banho com o intuito de aproveitar o reflexo ortostático e gastrocólico. Houve ainda, a

²⁵A afasia motora caracteriza-se por um discurso pouco fluente, verificando-se uma redução significativa da linguagem, uma vez que a pessoa perde a capacidade de traduzir o pensamento em palavras (Menoita, 2012).

necessidade de recorrer a laxantes. Foram feitas recomendações relacionadas com a dieta, nomeadamente a introdução de alimentos ricos em fibras, e a ingestão adequada de líquidos.

Para uma melhor coordenação, monitorização e avaliação dos programas implementados, encontra-se preconizado na ECCI a elaboração de um Plano Individual de Intervenção (PII) para cada utente. O PII constitui o diagnóstico de situação de dependência do utente (Artigo 27.º, Decreto-Lei nº101/2006), e compreende o levantamento de necessidades e identificação de problemas, o planeamento de objetivos e de estratégias a implementar, visando a recuperação ou a manutenção das capacidades funcionais dos utentes.

Cabe ao enfermeiro responsável pela prestação de cuidados a construção do PII, com base num modelo já definido (Anexo XII), recorrendo-se à linguagem CIPE para definição dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções a implementar, de forma a uniformizar a linguagem utilizada. O PII é aferido e adequado às necessidades e evolução do utente, em conjunto com a equipa multidisciplinar. Tive oportunidade de participar na elaboração de um PII de uma utente submetida a artroplastia da anca, que foi encaminhada para a ECCI para recuperação da função motora.

No contexto da melhoria da qualidade dos cuidados prestados torna-se também premente **“promover um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados de ER à pessoa e/ou família/cuidador nos diferentes locais de estágio”**. Assim, para se garantir a segurança do ambiente terapêutico é fundamental a identificação de fatores de risco e/ou de situações prejudiciais para o utente, família/cuidador, e a adoção de comportamentos seguros na prestação de cuidados.

A segurança do utente constitui uma componente fulcral na prestação de cuidados de reabilitação com qualidade, no entanto a complexidade do processo de reabilitação cria desafios na manutenção da segurança, relacionados com a estrutura organizacional e política das instituições, com o trabalho interdisciplinar, com a dinâmica, rotatividade e características de pessoas e equipas, e com a própria vulnerabilidade do utente (Hoeman, 2011). A melhoria da qualidade na prestação de cuidados é determinante para a

diminuição da ocorrência de erros ou eventos adversos²⁶, e possíveis consequências nefastas para os utentes e/ou família/cuidador.

Deste modo, para a redução da probabilidade de ocorrência de eventos adversos é fundamental identificar as atividades na prestação de cuidados que tenham elevada probabilidade de erro, que ocorram frequentemente, e que resultem em grave prejuízo para a pessoa, nomeadamente a monitorização da pessoa durante e após intervenções de risco; deteção e avaliação do risco de quedas e de úlcera de pressão; supervisão e monitorização da evolução clínica da pessoa; transferência da responsabilidade dos cuidados, entre cuidadores, serviços ou instituições; comunicação entre enfermeiros, com a equipa multidisciplinar, e com a pessoa/família/cuidador (Hoeman, 2011).

No que concerne o estágio no serviço de pneumologia, e fazendo uma análise das atividades realizadas, constata-se que a transferência de responsabilidades dos cuidados entre instituições, concretamente entre o EEER do serviço e o EEER da comunidade poderá constituir um processo de risco, pelo facto da continuidade dos cuidados de reabilitação ser assegurada pela informação transmitida na carta de alta ou via telefone. Considero que seria fundamental a implementação de projetos e protocolos regulamentados, entre as diferentes instituições, de forma a garantir a continuidade dos programas de reabilitação desenvolvidos tanto no meio hospitalar como no contexto comunitário, diminuindo assim, substancialmente a probabilidade de ocorrência de erros.

Na ECCI a transferência da responsabilidade dos cuidados para os familiares/cuidadores constitui uma atividade de risco, pois é um processo complexo que exige discernimento na delegação dos cuidados, validação de toda a informação dada, demonstração e treino das atividades delegadas. Por sua vez a supervisão dos cuidados adquire neste contexto especial importância, pelo risco associado à realização de atividades, que podem colocar em causa a segurança dos utentes, nomeadamente as transferências e a realização dos cuidados de higiene e conforto na casa de banho.

²⁶ Considera-se evento adverso todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado de saúde do utente (Fragata & Martins, 2004).

A prestação de cuidados implica que o profissional adote um comportamento seguro, que permita a eliminação e redução do número de erros, e a sua deteção prévia ao prejuízo, de forma a controlar os erros e atenuar os eventos adversos (Hoeman, 2011).

Neste sentido, ao longo do estágio procurou-se observar a realização técnica dos enfermeiros orientadores, considerando as suas correções e sugestões, com o intuito de melhorar a intervenção junto dos utentes. Também houve uma preocupação constante em garantir a segurança dos utentes no início, durante e após as intervenções realizadas, adotando comportamentos seguros na prestação de cuidados, como por exemplo travar a cadeira de rodas nas transferências, garantir a utilização de calçado adequado na realização do treino de marcha, e garantir a correta utilização dos produtos de apoio²⁷. De referir, que na prestação de cuidados se procurou adotar uma postura correta, respeitando os princípios de mecânica corporal.

Com o intuito de dar continuidade ao processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas do EEER definiram-se dois objetivos correlacionados entre si: **“prestar cuidados de ER à pessoa com DRC e/ou alterações sensoriomotoras e de eliminação, para a promoção do autocuidado nas atividades de vida diária, com as adaptações necessárias às suas limitações”**; e **“identificar medidas que promovam a segurança, a mobilidade, a acessibilidade e participação social, de acordo com as necessidades da pessoa”**.

Na capacitação da pessoa com DRC e/ou alterações sensoriomotoras e de eliminação para o autocuidado, foi fundamental implementar programas de reabilitação individualizados, no sentido de promover a máxima independência, tornando a pessoa parceira ativa no processo de cuidados e envolvendo a família/cuidador. Neste contexto, e com o intuito de capacitar os utentes para a realização das atividades de autocuidado, foram utilizados sempre que possível produtos de apoio, também para a promoção da reinserção familiar e social.

²⁷ Entende-se por produtos de apoio qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico utilizado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação (Artigo 4º, Decreto-Lei nº93/2009).

O estágio no âmbito da ECCI possibilitou a utilização de diversos produtos de apoio, nomeadamente o andarilho, as canadianas, cadeira de rodas, cama articulada, e a cadeira de banho giratória. A seleção destes produtos foi adequada às capacidades funcionais dos utentes, tendo-se instruído e treinado tanto utentes como familiares/cuidadores para a sua utilização, facilitando a adaptação às limitações existentes.

De forma a ilustrar a pertinência dos produtos de apoio utilizados, importa referir o caso de utentes com alterações da mobilidade, cujo recurso à cadeira de rodas, ao andarilho ou canadiana, permitiram aos utentes sentar-se à mesa durante as refeições ou assistir televisão na sala, fomentando a sua autonomia e interação familiar. A eliminação de barreiras no domicílio e a adaptação dos espaços da casa aos défices instalados, também facilitou a mobilidade dos utentes e contribuiu para a sua reinserção na dinâmica familiar.

Na promoção da reinserção social, nomeadamente dos utentes com doenças respiratórias crónicas, foi importante perceber quais as condições habitacionais que interferiam ou limitavam a sua mobilidade, com repercussões na dinâmica social. Procurou-se saber se existiam barreiras no domicílio, definindo estratégias para ultrapassá-las e fazendo sugestões na disposição dos objetos mais utilizados, de modo a reduzir o gasto de energia e a sensação de dispneia. No caso dos utentes que residiam em apartamentos sem elevador ou casas com degraus procurou-se desenvolver intervenções direcionadas para o treino de marcha e de escadas, para melhorar a tolerância ao esforço, e assim promover a saída do domicílio, fomentando o exercício da sua cidadania.

1.3 – Domínio da Gestão dos Cuidados e Competências Específicas do EEER

Para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados é necessário gerir os cuidados, otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas (OE, 2010a).

Considerando que as competências deste domínio são transversais às competências específicas do EEER, nomeadamente no que concerne a

maximização da função da pessoa (OE, 2010b), procede-se à descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas, que possibilitaram o desenvolvimento das competências referidas no Quadro 3.

Quadro 3: Competências integradas no Domínio da Gestão dos Cuidados

Competências
C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional
J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

De forma a desenvolver as competências do EEER deste domínio foi traçado o objetivo **“participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nos locais de estágio, promovendo a segurança e qualidade das atividades delegadas”**.

Na busca permanente da excelência no exercício profissional, o EEER contribui para a máxima eficácia na organização e gestão dos cuidados de enfermagem (OE, 2011). Assim, ao longo do estágio constatou-se que a intervenção do EEER na organização e gestão dos cuidados consistiu, essencialmente, na realização de diagnósticos de enfermagem de reabilitação, no planeamento de intervenções e avaliação de resultados, na delegação de cuidados e respetiva supervisão, na colaboração com a equipa multidisciplinar, e na realização de ações de formação, formais e informais.

No serviço de pneumologia, diariamente após a passagem de turno, procedia-se à organização e gestão dos cuidados de ER, de acordo com a situação clínica dos utentes. A enfermeira orientadora ficava, por norma, apenas responsável pela prestação de cuidados de ER, pelo que havia necessidade de organizar e articular os cuidados de ER com os cuidados prestados pelos enfermeiros generalistas, e em função dos períodos que os utentes se ausentavam do serviço para a realização de exames de diagnóstico.

Numa fase inicial, este processo era realizado em conjunto com a enfermeira orientadora, contudo com o progredir do estágio fui desenvolvendo maior autonomia e perícia na articulação dos cuidados com os enfermeiros generalistas, na priorização dos mesmos, na identificação das necessidades

dos utentes e família, no planeamento e avaliação das intervenções. Também fui desenvolvendo maior segurança na delegação dos cuidados de enfermagem reabilitação, nomeadamente nas indicações dadas aos pares sobre a vigilância dos utentes na repetição de exercícios de RFR e na utilização de dispositivos de ajuda para a mobilização de secreções, garantindo a segurança, qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

O EEER no seio da equipa multidisciplinar do serviço de pneumologia constitui um elo de ligação entre todos os elementos, sendo determinante para dar resposta às necessidades dos utentes e famílias. Esta realidade facilitou a colaboração com a equipa médica, mediante a partilha de informação acerca do processo de reabilitação dos utentes, e do planeamento da alta; com os fisioterapeutas trabalhou-se em parceria, de forma a promover a continuidade e complementaridade do programa de reabilitação; e com a assistente social foi possível participar no processo de encaminhamento dos utentes para a RNCCI, tendo-se realizado cartas de alta/transferência, com descrição detalhada da situação clínica dos utentes e dos cuidados realizados.

Relativamente ao planeamento da alta, e considerando que deve ser iniciado o mais precocemente possível, procurou-se identificar os recursos disponíveis, tanto do utente e família como da comunidade em que se encontravam inseridos, de forma a dar resposta às necessidades identificadas. Por exemplo, no caso dos utentes com DPOC e asma contactou-se telefonicamente o EEER da comunidade ou da Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) da instituição, que ficou responsável pela continuidade dos programas de reabilitação, com o intuito de transmitir informação sobre as necessidades de cuidado dos utentes, sobre as intervenções realizadas e os resultados obtidos.

Quanto ao modelo de gestão dos cuidados de enfermagem na ECCI, este prevê a designação de um gestor de caso. Deste modo, o EEER enquanto gestor de caso é o elemento que lidera o processo de tomada de decisão, sendo responsável pelo desenvolvimento de ações, com o intuito de dar resposta às necessidades de pessoas mais vulneráveis, com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde (Gonzales, Casarin,

Caliri, Sasaki, Monroe & Villa, 2003). A seleção do enfermeiro para gestor de caso é feita em função da sua área de especialização, de forma a proporcionar o melhor acompanhamento ao utente e família.

O EEER na ECCI era responsável pela gestão de caso de seis utentes, e realizava diariamente cerca de cinco visitas domiciliárias. Os cuidados eram planeados de forma a assegurar cuidados de ER três/quatro vezes por semana a cada utente, respeitando os horários dos cuidados de higiene pessoal, das refeições e a disponibilidade dos familiares ou cuidadores. Esta gestão nem sempre foi fácil, sendo também dificultada pelo facto de se partilhar a viatura de transporte com mais enfermeiros e com a área geográfica percorrida nas deslocações aos domicílios dos utentes. Em algumas situações estes fatores condicionaram o tempo disponível para cada utente, alterando a organização e gestão dos cuidados planeados.

Portanto, a gestão do tempo constituiu uma dificuldade, que foi sendo ultrapassada mediante o desenvolvimento de maior capacidade na priorização dos cuidados, maior perícia na avaliação dos utentes, e no planeamento das intervenções. Também foi importante a delegação criteriosa dos cuidados, tendo havido preocupação em demonstrar e treinar as instruções dadas, bem como observar e supervisionar os cuidados prestados pelos familiares/cuidadores e pelas assistentes domiciliárias.

Para além da figura do gestor de caso, o modelo de gestão dos cuidados na ECCI assenta numa abordagem multidisciplinar, estando prevista a realização de reuniões quinzenais, com o intuito de validar informação sobre a evolução dos utentes, aferir o PII implementado e delinear novas estratégias. No entanto durante o período de estágio foram apenas realizadas duas reuniões e só tive oportunidade de participar numa, pelo que considero que a colaboração com a equipa multidisciplinar foi pobre, tendo ficado aquém das minhas expectativas. Por outro lado no seio da equipa de enfermagem, foi possível discutir algumas estratégias de intervenção, sendo a colaboração do EEER frequentemente solicitada.

No âmbito da formação, programou-se o desenvolvimento de ações de formação, contudo considerou-se, em conjunto com os enfermeiros orientadores, não ser relevante a sua realização. No entanto, e tal como foi

referido anteriormente, o EEER nos dois locais de estágio desempenha um importante papel como consultor, sobretudo numa lógica informal, sendo frequentemente solicitado para dar pareceres relativos a técnicas de mobilização, posicionamentos e transferências, utilização de produtos de apoio, mecanismos e dispositivos de limpeza das vias aéreas, entre outros.

Para dar seguimento ao percurso de desenvolvimento as competências do EEER foi traçado o objetivo **“integrar programas de treino motor e cardio-respiratório no autocuidado da pessoa com patologia respiratória crónica e/ou alterações sensoriomotoras e de eliminação”**.

Ao longo do estágio foram desenvolvidas atividades que permitiram maximizar as capacidades funcionais dos utentes, mediante a implementação de programas de reabilitação, que tiveram como linha orientadora a promoção do autocuidado. Para além dos programas de reabilitação desenvolvidos com a pessoa com DRC e com sequelas de AVC, descritos anteriormente, foram realizados programas de reabilitação na área da reeducação motora com utentes do foro ortopédico.

Neste contexto, e de forma a ilustrar o contributo do EEER para a maximização da funcionalidade destes utentes, faz-se referência ao caso de uma utente submetida a revisão de artroplastia total da anca esquerda cimentada, referenciada para a ECCI para realização de reabilitação motora, com o intuito de recuperar a autonomia na marcha.

Apesar de só ter acompanhado esta utente durante duas semanas, esta foi uma experiência muito enriquecedora, que permitiu adquirir conhecimentos no âmbito da reabilitação em ortopedia. Esta área de intervenção foi apenas sumariamente abordada na componente teórica da especialidade, pelo que houve necessidade de realizar pesquisa bibliografia para a elaboração do programa a implementar.

A artroplastia total da anca provoca alterações na marcha, em termos de velocidade, tempo e comprimento do passo, bem como na duração das fases de apoio, que resultam na diminuição da capacidade funcional (Guedes et al., 2011), interferindo, por sua vez, com a realização das atividades de autocuidado e com a participação ativa no meio sociofamiliar.

Esta utente apresentava um grau de dependência moderado na realização das atividades de autocuidado, de acordo com o Índice de Barthel (45 pontos), necessitando da ajuda de terceiros, principalmente na realização das transferências e das deslocações/mobilizações. Assim, procedeu-se à avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a *Medical Research Council Motor Scale*, tendo-se verificado alteração da força muscular (3/5) apenas nos segmentos do membro inferior esquerdo. Foi avaliado o equilíbrio, e a utente apresentava equilíbrio estático e dinâmico sentado, com instabilidade no equilíbrio dinâmico de pé.

Iniciou-se um programa de reabilitação para fortalecimento muscular, com mobilizações ativas dos diferentes segmentos dos membros superiores e do membro inferior direito. Realizaram-se mobilizações assistidas de todos os segmentos do membro inferior esquerdo, com especial atenção aos movimentos do segmento coxofemoral, pois dada a cirurgia realizada, não pode realizar movimentos de flexão acima de 45º, e adução além da linha média do corpo.

Demonstrou-se e treinou-se com a utente o posicionamento adequado para adotar a posição de sentada no leito e posterior transferência para a cadeira de rodas. Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio dinâmico de pé, apoiando-se a utente ao fundo da cama, e fomentando uma postura corporal correta. Posteriormente progrediu-se para o treino de marcha com o andador, e apesar do receio inicial, a utente adaptou-se e desenvolveu confiança para a sua utilização, tendo gradualmente percorrido maiores distâncias. A utente estava motivada para o processo de reabilitação e mostrava satisfação com a sua evolução, nomeadamente com o facto de se deslocar com auxílio do andador até à casa de banho, e também poder realizar novamente as refeições na companhia do irmão, com quem residia.

Embora tenha acompanhado esta utente durante um curto período, foi visível a obtenção de pequenos ganhos em termos de funcionalidade e autonomia na mobilidade. A continuidade do programa de reabilitação terá certamente contribuído para o desenvolvimento de maior capacidade funcional e independência na realização das atividades de autocuidado.

1.4 – Domínio das Aprendizagens Profissionais

Para o desenvolvimento de competências neste domínio importa demonstrar capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, e desenvolver um exercício profissional baseado em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010). Assim, procede-se à descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas, que possibilitaram o desenvolvimento das competências descritas no Quadro 4.

Quadro 4: Competências integradas no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

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

De forma a desenvolver as competências neste domínio foram traçados os seguintes objetivos: **“desenvolver capacidades para o autoconhecimento, com o intuito de reconhecer fatores que possam interferir com as relações terapêuticas e profissionais estabelecidas”** e **“basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”**.

O percurso de aprendizagem realizado ao longo desta especialidade permitiu o desenvolvimento de um olhar mais aprofundado e crítico sobre o cuidar, contribuindo para repensar e reconfigurar a perspetiva existente sobre o cuidado em enfermagem. O desenvolvimento de conhecimento sobre saberes e práticas, deu suporte a novas formas de pensar e agir, possibilitando uma abordagem na prática clínica, e perante a equipa multidisciplinar, mais sistematizada, intencional, assertiva e segura. O recurso à reflexão²⁸, enquanto

²⁸ O processo de reflexão consiste na análise consciente sobre determinada situação em termos de pensamentos, sentimentos e ações em confronto com crenças e pressupostos inerentes, pessoais e do contexto, assim como em confronto com o estado do conhecimento relativo a essa situação (Santos & Fernandes, 2004).

instrumento de capacitação, foi fundamental neste percurso de transfiguração e fortalecimento do saber profissional (Santos & Fernandes, 2004).

Refletir sobre as diferentes situações vivenciadas durante o estágio, permitiu tomar consciência do meu nível de desenvolvimento profissional, compreender as dificuldades sentidas, desenvolvendo sentido de autocrítica, e traçar estratégias para as minimizar ou colmatar, tendo sido também, um fator determinante para a concretização do meu projeto de aprendizagem.

A prática reflexiva foi também desenvolvida mediante a realização de jornais de aprendizagem sobre temáticas que suscitaram o questionamento da prática clínica em diversas áreas de interesse, tanto na ECCI (Apêndice II) como no serviço de pneumologia (Apêndice VI), e que tiveram como guia orientador o Ciclo Reflexivo de Gibbs. A realização destes jornais de aprendizagem contribuiu para o autoconhecimento, promoveram a mobilização de conhecimentos teórico-práticos, a análise de situações clínicas, e a procura da melhor evidência científica disponível.

Apesar da importância da evidência científica na prestação de cuidados, a investigação não fornece respostas definitivas e estanques, estando os seus resultados sujeitos a diferentes interpretações, pelo que é necessário adequar o conhecimento resultante da investigação aos contextos de cuidados, não devendo ser a única fonte de evidência no processo de tomada de decisão dos profissionais de enfermagem (Rycroft-Malone *et al*, 2004). Neste sentido, ao longo do estágio procurei ter uma compreensão global das situações clínicas, recorrendo à melhor evidência científica disponível, mas tendo sempre em conta o parecer do enfermeiro orientador, bem como a sua experiência clínica.

Por último, saliento o contributo dado pelos enfermeiros orientadores, que mostraram sempre disponibilidade e interesse na resolução das minhas dificuldades e incutiram a necessidade de justificar e refletir sobre todas as intervenções desenvolvidas. De referir que as reuniões formais e informais realizadas com a docente orientadora, nomeadamente para análise dos planos de cuidados e jornais de aprendizagem, bem como para o esclarecimento de dúvidas relacionadas com a prática clínica, fomentaram a procura de novos saberes e facilitaram a articulação de saberes práticos e teóricos, necessários para a prestação de cuidados do EEER.

2 – AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

A elaboração do presente relatório foi norteadada pelo projeto de formação inicialmente desenvolvido, e constituiu uma oportunidade para a descrição, análise e reflexão sobre as atividades e aprendizagens desenvolvidas ao longo deste percurso formativo, evidenciando o seu contributo para o desenvolvimento de competências.

Considerando o percurso de aprendizagem realizado nos dois locais de estágio constatou-se que o EEER é um profissional de referência, cujas competências específicas, lhe possibilitam intervir na promoção para a saúde dos utentes e família/cuidadores, na prestação e continuidade dos cuidados de ER, no planeamento da alta, e na reintegração dos utentes no contexto familiar e social.

O corpo próprio de conhecimentos científicos e habilidades técnicas do EEER conferem-lhe autonomia na tomada de decisão, assumindo na prestação de cuidados papéis como o de educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, facilitador, moderador, líder, perito e membro da equipa (Hoeman, 2011).

No que concerne o percurso realizado no serviço de pneumologia, considero que este superou as minhas expectativas. Apesar das dificuldades iniciais, relacionadas essencialmente com a dinâmica de trabalho e organização dos cuidados, acredito ter desenvolvido estratégias adaptativas que permitiram uma boa integração ao serviço, facilitada pela disponibilidade demonstrada pela enfermeira orientadora, pela equipa de enfermagem e restantes profissionais de saúde.

Ao longo do estágio procurou-se aproveitar o vasto leque de oportunidades de aprendizagem, tendo sempre em conta os conhecimentos e experiências partilhadas pela equipa, que fomentaram o desenvolvimento de saberes e habilidades técnicas, bem como o desenvolvimento de segurança e autonomia na tomada de decisão.

Na prestação de cuidados à pessoa com DRC, e considerando o que a literatura descreve, bem como o que a experiência da prática clínica permitiu aferir, pode afirmar-se que a DRC produz limitações e/ou incapacidades que

conduzem a modificações significativas na vida da pessoa, em termos familiares, sociais e laborais. Sintomas como a dispneia e a fadiga comprometem a realização das atividades de autocuidado, relacionadas numa primeira instância com o requisito de “manutenção de inspiração de ar suficiente”, que tem repercussões na satisfação de outros requisitos, relacionados com a alimentação, hidratação, mobilidade e interação social.

Neste contexto a intervenção do EEER foi fundamental para a promoção e capacitação da pessoa e família/cuidador para o autocuidado, sendo que os programas de reabilitação respiratória implementados e descritos ao longo do relatório, contribuíram para o restabelecimento da função respiratória, para a reeducação ao esforço, e para gestão eficaz da doença.

A metodologia e organização do trabalho no serviço de pneumologia, com um EEER de referência, favoreceram o processo de implementação dos programas de reabilitação, de acordo com o estado de saúde dos utentes ao longo de um turno e do internamento, priorizando os cuidados a prestar, e respeitando a dinâmica e rotinas da equipa de saúde, bem como a autonomia dos utentes.

O facto de ter realizado quatro a cinco turnos semanais permitiu dar continuidade aos cuidados prestados, maximizando o potencial funcional dos utentes e promovendo a independência na realização das atividades de autocuidado, bem como a sua participação na vida familiar e social.

Considerando a complexidade o impacto da DRC, foi fundamental aferir regularmente os programas de reabilitação com a equipa multidisciplinar, sendo a intervenção do EEER reconhecida e valorizada por toda a equipa. A posição privilegiada que o EEER ocupa no seio da equipa multidisciplinar fomentou o desenvolvimento de segurança nos diferentes saberes adquiridos, contribuindo para a construção da minha identidade profissional enquanto futura EEER.

A prestação de cuidados no âmbito do estágio em pneumologia veio dar ênfase e evidenciar o contributo do EEER na prestação de cuidados à pessoa com DRC, tendo sido visível o resultado da intervenção do EEER na melhoria da situação clínica dos utentes. Esta foi uma experiência muito enriquecedora e gratificante, que contribuiu positivamente para dar continuidade ao percurso

formativo, e constituiu um factor motivador para o desenvolvimento e aquisição de saberes.

Importa também referir, que no âmbito da temática do projeto de formação desenvolvido, considero que seria importante alargar a perspetiva do EEER, no contexto hospitalar, relativamente à promoção do autocuidado na pessoa com DRC. Ao longo do estágio no serviço de pneumologia foi possível constatar que o foco de atuação do EEER se centra, maioritariamente, na reabilitação da função respiratória, descorando por vezes a promoção das capacidades da pessoa, no que diz respeito à reinserção na vida familiar, social e laboral. Esta realidade quando comparada com o contexto comunitário, torna-se ainda mais visível, pois na comunidade o EEER prestada cuidados centrados no utente, envolvendo sempre a família e/ou cuidadores, de forma a promover capacidades adaptativas e fornecendo orientações no sentido de facilitar todo o processo de reabilitação.

Embora a temática escolhida para o projeto de formação tenha tido maior aplicabilidade no âmbito do estágio no serviço de pneumologia, foi um contributo importante para o estágio na ECCI, permitindo uma abordagem mais abrangente e integrada na prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotoras e de eliminação.

A prestação de cuidados em contexto comunitário, por ser uma realidade diferente do meu contexto habitual de trabalho, exigiu uma compreensão global da estrutura organizacional das unidades funcionais do ACES e a sua integração na RNCCI. Este foi um contributo importante para a prestação de cuidados no meu local de trabalho, melhorando a tomada de decisão na articulação com os serviços disponíveis na comunidade. Para o processo de integração e adaptação na ECCI foi facilitador o conhecimento, capacidades e competências desenvolvidas ao longo do estágio no serviço de pneumologia, com reflexo nos cuidados de ER prestados.

A intervenção diferenciada do EEER na ECCI constituiu uma oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação de dependência e família, na promoção do seu bem-estar e qualidade de vida, na manutenção e recuperação da funcionalidade através da promoção do autocuidado, fomentando a reintegração no seio da comunidade. Neste âmbito, e para a

melhoria da mobilidade funcional na realização das atividades de autocuidado foi fundamental o recurso a produtos de apoio.

Uns dos aspetos transversais aos utentes acompanhados durante o estágio foram as alterações da mobilidade, relacionadas principalmente com o equilíbrio, o posicionamento corporal e a marcha. Neste contexto, considero que a experiência vivenciada com os utentes do foro ortopédico, permitiu constatar que a intervenção do EEER contribuiu para ganhos efetivos em termos de força muscular, melhoria no equilíbrio dinâmico fundamental no treino de marcha, maior facilidade nas transferências e levante, bem como maior capacidade ao nível da execução de atividades de autocuidado como sejam a higiene pessoal, vestir, despir, calçar, pentear entre outras.

Apesar de não se terem obtidos ganhos tão evidentes na prestação de cuidados aos utentes com sequelas de AVC, verificou-se a pertinência da intervenção do EEER na manutenção da força muscular e amplitude de movimento; na manutenção da perceção do movimento; na prevenção de contraturas musculares e articulares; na diminuição ou inibição da dor; no favorecimento da circulação sanguínea e prevenção de trombos. De referir que, no meu entender, teria sido uma mais-valia para o desenvolvimento de competências, a implementação de programas de reabilitação numa fase aguda, permitindo acompanhar o processo de recuperação funcional destes utentes.

Não posso deixar de salientar o contributo dos instrumentos de avaliação utilizados ao longo do estágio, que permitiram uma avaliação contínua das necessidades de cuidados e evolução dos utentes, bem como mensurar os resultados das intervenções implementadas.

Saliento a intervenção do EEER na educação dos utentes e/ou família/cuidador, que foi constante ao longo estágio, tendo possibilitado o desenvolvimento de segurança, confiança e assertividade nos esclarecimentos prestados, sustentando as minhas intervenções e orientações numa base sólida de conhecimento, e ajudando na gestão das expetativas e resultados inerentes ao processo de reabilitação.

A intervenção EEER, seja em contexto comunitário ou hospitalar, assume destaque pelo seu importante contributo na obtenção de ganhos em saúde, em

termos de prevenção de incapacidades e na recuperação de capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia (OE, 2011). Contudo, a prestação de cuidados na comunidade possibilitou uma perspectiva mais abrangente e holística sobre o cuidar em enfermagem, alertando para a importância de uma boa articulação entre os diferentes contextos, de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Esta articulação ainda apresenta lacunas que poderão ser atenuadas pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelo EEER e pelo trabalho em parceria com as equipas interdisciplinares.

Com o decorrer do estágio foi possível aprofundar e mobilizar um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades, tendo a Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem constituído um quadro de referência para uma prática de ER sistematizada e centrada na pessoa.

De salientar o constante apoio e orientação da docente e dos enfermeiros orientadores ao longo deste percurso, bem como a compreensão demonstrada perante as dificuldades sentidas e as limitações verificadas na aprendizagem. Saliento ainda, as reuniões realizadas para apreciação dos estágios (Apêndice VII), que contribuíram para o desenvolvimento das competências preconizadas pela OE.

Em suma, o percurso de aprendizagem realizado possibilitou o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, mediante a aquisição de capacidade para a conceção, gestão e supervisão dos cuidados, indo ao encontro dos domínios preconizados pela OE. Possibilitou, também, o desenvolvimento de competências específicas, decorrentes da prestação de cuidados de ER à pessoa com DRC e/ou com alterações sensoriomotoras e de eliminação, ao longo do ciclo de vida, promovendo o autocuidado e a qualidade de vida, maximizando a funcionalidade, e prevenindo complicações. Contudo, não houve oportunidade para desenvolver competências na intervenção à pessoa com alterações da funcionalidade ao nível da sexualidade.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório foi uma oportunidade de descoberta e um constante desafio. A experiência vivenciada ao longo do estágio proporcionou a aquisição e desenvolvimento de competências que permitiram integrar os conhecimentos adquiridos na teoria, de forma a transpô-los para o contexto prático. Assim, foi possível operacionalizar o projeto de formação delineado, compreendendo qual a intervenção do EEER na reeducação ao esforço na pessoa com DRC e dando resposta aos objetivos traçados. Para além do desenvolvimento de competências na área da especialidade, permitiu ainda, desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência estimulando a procura do conhecimento científico.

O caminho percorrido forneceu as ferramentas necessárias para dar continuidade à formação e ao exercício profissional no âmbito da ER. No entanto, prevejo múltiplas dificuldades para o exercício de funções enquanto EEER, relacionadas principalmente com os constrangimentos financeiros a que o setor da saúde se encontra sujeito, e pelo facto de no meu contexto de trabalho não existir uma cultura organizacional de ER.

Face a esta realidade e tendo em conta que o caminho se faz caminhando, tenho vindo a desenvolver esforços no sentido de demonstrar na prestação de cuidados os conhecimentos e competências desenvolvidas. Assim, os enfermeiros generalistas têm vindo a solicitar a minha intervenção, no que se refere à avaliação dos utentes e pareceres relativos à prestação cuidados, no âmbito da reabilitação. Neste contexto, foram já realizadas ações de formação sobre boas práticas na realização de posicionamentos e transferências. Futuramente perspetivo poder dar visibilidade à intervenção do EEER na instituição onde desempenho funções.

Concluído o percurso formativo, considero que este é o início de uma nova etapa, à qual pretendo dar continuidade, mantendo uma postura de contínuo desenvolvimento e constante atualização de conhecimentos, com o intuito de realizar cuidados de forma consciente, refletida e com base na evidência científica.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (2010). *Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016*. Acedido a 20/07/2014. Disponível em: <http://ebookbrowse.net/pns2011-2016-pdf-d93616593>
- Branco, P.B., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de reabilitação: reabilitação respiratória*. Porto: Medesign.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formassau.
- Bucchi, S.M. & Mira, V.L. (2010). Redesigning the nurse admission training process at the intensive care unit. *Revista Escola Enfermagem USP*, 44(4):1003-10.
- Clini, E.M. & Romagnoli, M. (2005). Inpatient pulmonary rehabilitation: does it make sense? *Chronic Respiratory Disease*, 2, 43-46.
- Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 14/01/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2011) *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 14/07/2015. Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/filebase/guiasmanuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>
- Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-86-8.
- Costa, C.C., Leite, B. S., Canterle, D.B., Souza, R.M., Machado, M.L. & Teixeira, P.J.Z. (2014). Análise da força, qualidade de vida e tolerância ao

exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 22 (2): 27-35.

Decreto - Lei nº101/2006 de 6 de Junho (2006). Diário da República I Série - A, nº109 (6 de Junho de 2006) 3856-3865.

Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de Abril (2009). Diário da República, 1.ª série - n.º 74 (16 de Abril de 2009) 2275-2277.

Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho?*. Loures: Lusociência.

Direção Geral da Saúde (2013b). *Norma Nº028/2011 - Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Acedido a 20/07/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Direção Geral de Saúde (2009). *Circular Informativa Nº: 40A/DSPCD – Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Acedido a 10/05/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Direção Geral de Saúde (2010). *Proposta de programa para uma intervenção sistematizada no Síndrome de Apneia do Sono no âmbito Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido a 10/06/2014. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/SAS-e-PNS-2.pdf>

Direção Geral de Saúde (2013a). *Programa Nacional para as doenças Respiratórias 2012 – 2016 (2ª ed.)*. Acedido a 10/05/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

European Respiratory Society (2013). *European Lung White Book*. Acedido a 20/06/2014. Disponível em: <http://www.erswhitebook.org/>

Fishman, A. P., Elias, J. A., Fishman, J. A., Grippi, M. A., Senior, R. A., & Pack, A. I. (2008). *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders (4ª ed.)*. Philadelphia.

Fragata, J. & Martins, L. (2004). *O erro em Medicina*. Coimbra: Almedina

Global Initiative for Asthma (2014). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Acedido a 29/06/2014. Disponível em:

http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2014_Jun11.pdf

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2014). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*. Acedido a 25/06/2014. Disponível em: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jun11.pdf

Gonzales, R.I.C., Casarin, S.N.A., Caliri, M.H.L., Sasaki, C.M., Monroe, A.A. & Villa, T.C.S. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (2): 227-231.

Guedes, R., Dias, J., Dias, R., Borges, V., Lustosa, L., & Rosa, N. (2011). Artroplastia Total do quadril em Idosos: Impacto na Funcionalidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 15 (2): 123-130.

Hart M.K., Duncan C.A., Aguirre-Kelley L.A., Lotshaw A.M. & Millard M. (2005). Improvement in physical performance coincides with improvement in activities of daily living performance following pulmonary rehabilitation. *Chest*, 128 (4): 253S.

Hoeman, S. (2011). *ER- Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4^a ed.). Loures: Losodidacta.

Jenkins, S., Hill, K. & Cecins, N.M. (2010). State of the art: How to set up a pulmonary rehabilitation program. *Respirology*, 15:1157-1173.

Kagaya, H., Takahashi, H., Sugawara, K., Kasai, C., Kiyokawa, N. & Shioya, T. (2009). Effective Home-Based Pulmonary Rehabilitation in Patients with Restrictive Lung Diseases. *Tohoku J. Exp. Med.*, 218:215-219.

Lynes, D. (2007). *The Management of COPD in Primary and Secondary Care*. London.

Machado, M. (2008). *Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

- Martins, A., Pinto, A.A., Lourenço, C.M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M.J., Almeida, M.P.P., Mendes, O.S. & Santos, R.M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*. 12 (2): 52-61.
- Menoita, E.C.P.C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mesquita, A. (2007). *Empowerment na Doença Crónica*. Amadora: Instituto de Formação em enfermagem, Lda.
- National Clinical Guideline Centre. (2010). *Chronic obstructive pulmonary disease: management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care*. Acedido em 02/05/2015. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg101/evidence/cg101chronicobstructive-pulmonary-disease-update-full-guideline2>
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2013). *Prevenir a doença Acompanhar e Reabilitar o doente*. Acedido a 20/06/2014. Disponível em: http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/RELATORIO_ONDR_REVELA_DADOS_PREOCUPANTES_PARA_PORTUGAL.html
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 14/06/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 14/06/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Proposta do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Consultado a 7/07/2014. Acedido a 10/05/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

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

Organização Mundial da Saúde, Direção Geral da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Acedido em 02/05/2015. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif.aspx>

Ortega F, Toral J, Cejudo P, Villagomez R, Sánchez H, Castillo J, Montemayor T. (2002). Comparison of effects of strength and endurance training in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 166(5):669-74

Palange, P., Ward, S.A., Carlsen, K.H., Casaburi, R., Gallagher, C.G., Gosselink, R., O'Donnell, D.E., Puente-Maestu, L., Schols, A.M., Singh, S. & Whipp, B.J. (2007). *Recommendations on the use of exercise testing in clinical practice*. *European Respiratory Journal*. 29(1):185-209.

Pamplona, P. & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13 (1): 101-128.

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

Potter, & Perry, (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e procedimentos*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória* (4ª ed.). Rio de Janeiro.

- Profetto-McGrath, J.; Negrin, K.A.; Hugo, K. & Bulmer, K.S. (2010). Clinical Nurse Specialist's Approaches in Selecting and Using Evidence to Improve Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 7(1): 36-50.
- Ribeiro, J.M.S. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Referência*, 3(5): 27-36.
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários. Conceitos e Aplicação* (3ª ed). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Ries, A.L., Bauldoff, G.S., Casaburi, R., Mahler, D.A., Rochester, C.L. & Herrerias, C. (2007). Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 131, 4s-42s.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1):81-90.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 59-62.
- Souza, S., Mantelli, J., Silva, D., Borenstein, M. & Salvador, M. (2005). Déficits de Autocuidado de adultos com problemas respiratórios crônicos: Asma e DPOC. *Revista Ciências da Saúde*. 24 (1). 42-49.
- Taylor, S. G. (2004). *Dorothea E. Orem - Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem*. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., 211-235). Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2007). *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach*. Geneva. Acedido a 20/05/2015. Disponível em: http://www.who.int/gard/publications/GARD_Manual/en/index.html

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Borg modificada

Escala de Borg modificada - CR-10

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

ANEXO II

Escala London Chest Activit of Dail Living

Nome:.....

Data: / / **Instruções de preenchimento:**

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

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

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

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

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

4 - Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade 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 atividades:

Cuidado Pessoal		Cuidado doméstico	
Enxugar-se	2	Fazer a cama	5
Vestir a parte superior do tronco	1	Mudar o lençol da cama	5
Calçar sapatos/meias	1	Lavar janelas/cortinas	5
Lavar a cabeça	3	Limpeza/limpar o pó	5
		Lavar a louça	5
		Utilizar o aspirador/varrer	5
Lazer		Atividade física	
Andar em casa	2	Subir escadas	3
Sair socialmente	3	Inclinar-se	2
Falar	1		

ANEXO III
Escala de Braden

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO ESCALA DE BRADEN (1995)	
Data:	13/10/2014
1-PERCEPÇÃO SENSORIAL -capacidade de responder significativamente ao desconforto relacionado com a pressão	
1-Completamente limitado 2-Muito Limitado 3-Ligeiramente limitado 4-Sem limitações	4
2-EXPOSIÇÃO À HUMIDADE -grau de exposição da pele à humidade	
1-Constantemente húmida 2-Habitualmente muito húmida 3-Ocasionalmente húmida 4-Raramente húmida	4
3-ACTIVIDADE-grau de atividade física	
1-Acamado 2-Sentado 3-Anda ocasionalmente 4-Anda frequentemente	3
4-MOBILIDADE-capacidade de mudar e controlar a posição corporal	
1-Completamente imóvel 2-Muito limitado 3-Ligeiramente limitado 4-Sem limitações	3
5-NUTRIÇÃO -padrão habitual de nutrição	
1-Inadequada 2-Provavelmente inadequada 3-Adequada 4-Excelente	3
6-FRICÇÃO e forças de deslizamento	
1-Problema 2-Problema potencial 3-Sem problema	3
TOTAL	20

ANEXO IV

COPD Assessement Test - CAT

O seu nome:

Data de hoje:



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

Esse questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional da saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e o no seu dia a dia. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional da saúde para ajudar a melhorar o controle da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descrever presentemente. Certifique-se de selecionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz Estou muito triste

			PONTUAÇÃO
Nunca tenho tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Tenho tosse o tempo todo	<input type="text"/>
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	<input type="text"/>
Não sinto nenhuma pressão no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto uma grande pressão no peito	<input type="text"/>
Não sinto falta de ar quando subo luma ladeira ou um andar de escada	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<input type="text"/>
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	<input type="text"/>
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Tenho muita energia (disposição)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	<input type="text"/>
			PONTUAÇÃO TOTAL <input type="text"/>

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

ANEXO V

Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire

**Questionário de dispneia (Medical Research Council
Dyspnoea Questionnaire)**

Nome:..... Data: / /

Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
GRAU 1 Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso. <i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 2 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 3 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal. <i>“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 4 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 5 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.	<input type="checkbox"/>

ANEXO VI

Escala de Morse

1. História de quedas	Não – 0	Sim – 20
2. Diagnósticos médicos (> 2 patologias)	Não – 0	Sim - 15
3. Ajuda na marcha		
Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado	0	
Bengala / canadiana / andarilho	15	
Apoio nos móveis	20	
4. Terapêutica I.V. ou cateter permanente	20	
5. Marcha		
Normal / cadeira de rodas / acamado	0	
Com dificuldade, mas sem ajuda	10	
Incapaz, sem ajuda	20	
6. Estado mental		
Orientado	0	
Dificuldade de orientação	15	

Classificação do nível de risco	Recomendações
0 – 24: sem risco	Nenhuma
25 – 50: baixo risco	Implementar precauções padronizadas contra quedas.
> 50: alto risco	Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas.

ANEXO VII
Índice de Barthel

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

TOTAL	
-------	--

ANEXO VIII

Medical Research Council Motor Scale

3.1 Muscle power functions

Medical Research Council Motor Scale (MRC-MS)

Medical Research Council (1943)

Source

This method of assessing muscle power function was described in a monograph under the imprint of the United Kingdom Medical Research Council in 1943. It has been very widely adopted into routine medical practice and it also has been incorporated into other assessment scales, for example the Motricity Index (see page 394). It is often referred to by the abbreviation, MMT (manual muscle testing).

Purpose

The MRC Motor Scale is a performance-based measurement of muscle functioning through an assessment of muscle power. The original aim of the scale was to monitor recovery from injuries to peripheral nerves.

Item description

The clinician assesses the patient's muscle power by determining the function of specific muscles as shown in the MRC monograph, or of muscle groups producing movement in specific directions at each joint.

Scale development

No details of the development of the scale are available. It seems likely that the group of clinicians listed in the monograph, who treated patients with muscle weakness as a result of peripheral nerve injuries, developed the scale by consensus.

Administration procedures, response format and scoring

The scale assesses muscle power function by examining movement at specific joints. Responses are classified into six grades as follows: 0 (no contraction), 1 (flicker or trace of contraction), 2 (active movement with gravity eliminated), 3 (active movement against gravity), 4

(active movement against gravity and resistance), and 5 (normal muscle power, as subjectively evaluated by the examiner) (MRC, 1943).

Conventionally, the muscle power is reported as a numerical grade (from 0 to 5). The grade is specified for each muscle, or muscle group, that is tested.

Psychometric properties

In this assessment higher grades include wide ranges of muscle power. Clinically, it is well recognized that precision is more difficult to achieve at grades 4 and 5. Bohannon (2005) studied 107 consecutive patients with mixed diagnoses (60% with stroke) in an acute rehabilitation unit (see Box 6.8).

Box 6.8

Validity:	Construct: <i>Discriminant:</i> Bohannon: sensitivity 72%, specificity 77% for 30% difference in muscle power as measured by dynamometry
Reliability:	Inter-rater: Jepsen, Laursen, Larsen, & Hagert (2004): mixed diagnoses, for selected upper extremity muscles: $k = .54$ Test-retest: Great Lakes ALS Study Group: 6 months: motor neurone disease: Mean power of 34 muscles: $r = .67$
Responsiveness:	Not applicable

Comment

This assessment scale is in universal use and is a component of a routine neurological examination. Although its psychometric properties are limited, it remains a

In

Tate, R. L. (2010). *A compendium of tests, scales and questionnaires: the practitioner's guide to measuring outcomes after acquired brain impairment*. East Sussex BN3 2FA: Psychology Press.

ANEXO IX
Escala de Asworth

Modified Ashworth Scale

Bohannon and Smith (1987)

Instructions (adapted from Mehrholz et al., 2005b):

Assess the person lying supine on his or her back, with the upper limbs as parallel as possible to the trunk, elbows extended and wrists in a neutral position, the lower limbs parallel to one another.

Move the limb through its full range of motion at a stretching velocity standardized by timing the movement of the limb (counting "one thousand and one . . ." as the time to complete the movement). Keep repeated movement cycles at a minimum.

Extend the patient's limb first from a position of maximal possible flexion to maximal possible extension (the point at which the first soft resistance is met). Next, assess spasticity while moving from extension to flexion. Exceptions are for shoulder extensors (moving from extension to 90° of flexion), shoulder internal rotators (moving from neutral to maximum external rotation) and ankle plantar flexors (moving from extension to flexion first with knee extended and second with knee flexed).

Score a grade (as below) at each joint, and in each direction of movement, for which a rating is required.

Grade	Description
0	No increase in muscle tone
1	Slight increase in muscle tone, manifested by a catch and release or by minimal resistance at the end of the range of motion when the affected part(s) is moved in flexion or extension
1+	Slight increase in muscle tone, manifested by a catch, followed by minimal resistance throughout the remainder (less than half) of the range of motion
2	More marked increase in muscle tone through most of the range of motion, but affected part(s) easily moved
3	Considerable increase in muscle tone, passive movement difficult
4	Affected part(s) rigid in flexion or extension

Acknowledgement: Adapted from Mehrholz, J., Wagner, K., Meissner, D., Grundmann, K., Zange, C., Koch, R., et al. (2005b). Reliability of the Modified Tardieu Scale and the Modified Ashworth Scale in adult patients with severe brain injury: a comparison study. *Clinical Rehabilitation*, 19(7), 751-759.

In

Tate, R. L. (2010). *A compedium of tests, scales and questionnaires: the practitioner's guide to measuring outcomes after acquired brain impairment*. East Sussex BN3 2FA: Psychology Press.

ANEXO X

Medida de Independência Funcional

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL NÍVEIS	
COM AJUDA	SEM AJUDA
<p>Dependência completa</p> <p>1. Ajuda Total (individuo > 0%)</p> <p>2. Ajuda Máxima (individuo > 25%)</p> <p>Dependência Modificada</p> <p>3. Ajuda Moderada</p> <p>4. Ajuda Mínima</p> <p>5. Supervisão</p>	<p>6. Independência Modificada (ajuda técnica)</p> <p>7. Independência Completa (em segurança, em tempo normal)</p>
AUTO-CUIDADOS:	
	13/01
A – Alimentação	1
B – Arranjar-se	1
C – Banho (lavar corpo)	1
D – Vestir metade superior	1
E – Vestir metade inferior	1
F – Utilização da sanita	1
CONTROLO DOS ESFINCTERES:	
G – Vesical	1
H – Intestinal	1
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS:	
I – Cama, Cadeira, Cadeira de rodas	1
J – Sanitário	1
K – Banheira, Duche	1
LOCOMOÇÃO:	
L <u>M</u> archa	1
<u>C</u> adeira de <u>R</u> odas	1
M - Escadas	1
<u>1 – SCORE SUB-TOTAL (A-M)</u>	
14	
COMUNICAÇÃO:	
N Compreensão Auditiva/Visual	5
O Expressão Vocal/Não Vocal	7
COGNIÇÃO SOCIAL:	
P – Interação Social	1
Q – Resolução dos problemas	1
R – Memória	7
<u>2 – SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO (N-R)</u>	
21	
TOTAL (1+ 2)	
35	

ANEXO XI

Folha de registo de Enfermagem de Reabilitação
(serviço de Pneumologia)

Identificação do doente

Folha nº _____

Cama nº _____

SERVIÇO _____

REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

DATA		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Sinais Vitais	Pulso (p.p.m.)										
	Frequência Respiratória (c.p.m.)										
	Saturações (%)										
	Tensão Arterial (mmHg)										
Dor - Localização											
Pele e mucosas (Coradas, Descoradas, Cianosadas, Ictéricas)											
Edemas (Sim, Não)											
Padrão Respiratório	Ventilação (Espontânea, Mecânica)										
	Simetria torácica										
	Torácica, Mista, Abdomino-Diafragmática										
	Ritmo (regular, irregular)										
	Amplitude (normal, diminuída, aumentada)										
	Tiragem-intercostal, Supra-clavicular, Adejo nasal										
Sintomas	Tosse, Expectoração, Cansaço										
Palpação	Elasticidade (Mantida, Diminuída)										
	Transmissão das vibrações vocais (Aumentadas, Diminuídas)										
Percussão	Macicez, Timpanismo										
Auscultação	Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído Ausente)	1/3 sup									
		1/3 méd									
		1/3 inf									
	Ruidos Adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, crepitações, atritos pleurais)	1/3 sup									
		1/3 méd									
		1/3 inf									

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA				VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA				VENTILAÇÃO EXPONTÂNEA			
DATA				DATA				DATA			
Modalidade Ventilatória				Modalidade				O2 l/m	O.N.		
FiO2				IPAP				VmkFio2			
F.resp.				EPAP				Aerossol			
Vol. total inspirado				FIO2							
Vol. total expirado				Volume/m							
Peep				F. Respir.							

DATA

1 / 1



AVALIAÇÃO DA DISPNEIA					
Escala de Borg					
Escala de Dispneia classificada 4 graus					
AVALIAÇÃO DO GRAU DE SEDAÇÃO					
Escala de Ramsay					

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA											
		DATA									
Posição de descanso e relaxamento											
Controle e dissociação dos tempos respiratórios											
Exercícios de Reeducação globais e selectivos	Abdomino-diafragmática	Global									
		Porção posterior c/ e s/ resistência									
		Hemicúpula direita									
		Hemicúpula esquerda									
		Porção anterior c/ e s/ resistência									
	Costal	Global c/ bastão									
		Lateral direito c/ abdução do MS									
		Antero-lateral direito c/ e s/ resistência									
		Lateral Esquerdo c/ abdução do MS									
		Antero-lateral Esquerdo c/ e s/ resistência									
		Postero-lateral direita c/ s/ resistência									
		Postero-lateral esquerda c/ s/ resistência									
		Mobilização escapulo-umeral									
Drenagem Postural	Lobo Superior		D	E	D	E	D	E	D	E	
Modificada	Lobo Médio										
	Lobo Inferior										
Manobras acessórias: Percussão, Vibração, Compressão											
Terapêutica de Posição											
CATR (RA – ER – HUFF – TEF)											
Tosse	Dirigida, Assistida, Com Contenção de Sutura										
	Eficaz, Ineficaz, Aspiração de secreções										
	Quantidade: Abundante, Moderada, Escassa										
Secreções	Viscosidade: Fluidas, Espessas										
	Características: Mucosas, Mucopurulentas, Amareladas, Rosadas, Hemáticas										

			DATA							
FLUTTER										
INSPIRÔMETRIA DE INCENTIVO										
COUGH ASSIST	Modalidade: Manual – Automática									
	Pressão insuflação									
	Pressão exsuflação									
	Tempo	Insuflação								
Exsuflação										
Pausa										

AVALIAÇÃO										
Movimento Articular (assinalar apenas as alterações)		Data			Força Muscular			Data		
Pescoco	Rotação dt ^o / Esq ^o				Escala de Lower	MSD				
	Inclinação dt ^o / Esq ^o					MSE				
	Flexão					MID				
	Extensão					MIE				
Ombro	Flexão				Tónus muscular			Data		
	Extensão				Escala de Ashworth Modificada	MSD				
	Abdução					MSE				
	Adução					MID				
	Rotação interna					MIE				
Rotação externa				Frequência de Espasmos			Data			
Cotovelo	Flexão				Escala de Penn	MSD				
	Extensão					MSE				
	Supinação					MID				
	Pronação					MIE				
Punho	Flexão				Sensibilidade			Data		
	Extensão				Superficial	Térmica				
	D. cubital					Táctil				
	D. radial				Profunda	Dolorosa				
				Discriminativa						
Dedos da mão	Flexão				Superficial	Postural				
	Extensão					Vibratória				
	Abdução					Equilíbrio			Data	
	Adução					Sentado	Estático			
	Oponência do polegar						Dinâmico			
Coxo femoral	Flexão				Em pé	Estático				
	Extensão					Dinâmico				
	Abdução				Data					
	R. interna				Índice de Barbel					
	R. externa				Escala de Braden					
Joelho	Flexão									
	Extensão									
Tibio-Tarica	Inversão									
	Eversão									
	Flexão Plantar									
	Dorsi-flexão									
Dedos do pé	Flexão									
	Extensão									
	Abdução									
	Adução									

Nota de Enfermagem de Reabilitação:

Enfermeiro(a) : _____

ANEXO XII

Modelo do Plano Individual de Intervenção (ECCI)

Nome do Utente: _____

- Problema/Necessidade N.º _____ :

- Causas do Problema/Necessidade:

- Efeitos do Problema/Necessidade:

- Pontos Fortes/Competências e Vulnerabilidades do Utente/Família:

- Objectivo N.º _____ :

N.º da Acção	Acção	Área de Intervenção	Data Prevista	Data Realização

APÊNDICES

APÊNDICE I
Projeto de Formação



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

UC Opção II – Projeto de Formação

**Reeducação ao Esforço na Pessoa com
Doença Respiratória Crónica**

***Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação***

Sandra da Fonte Sousa Gomes

Lisboa

2014



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

UC Opção II – Projeto de Formação

**Reeducação ao Esforço na Pessoa com
Doença Respiratória Crónica**

***Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação***

Sandra da Fonte Sousa Gomes

Prof^a Cristina Saraiva

Lisboa

2014

“Para aprender, jamais é supérfluo compreender o sentido daquilo que se aprende (...) não basta que o saber seja inteligível, assimilável. É necessário que (...) se compreenda porque foi desenvolvido, transmitido, porque é conveniente apropriar-se dele.”

(Perrenoud, 2000, p. 67)

SIGLAS

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERS – European Respiratory Society

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1 – ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA: REEDUCAÇÃO AO ESFORÇO.....	11
2 – COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS, ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	22
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
4 – BIBLIOGRAFIA.....	32

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Nível de evidência e grau de recomendação dos componentes e benefícios resultantes do programa de reabilitação respiratória.....	14
Quadro 2: Justificação da escolha dos locais de estágio.....	23
Quadro 3: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	24
Quadro 4: Domínio da melhoria da qualidade e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	26
Quadro 5: Domínio da gestão dos cuidados e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	28
Quadro 6: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	30

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias crónicas são atualmente reconhecidas como um problema global e emergente, que afeta centenas de milhões de pessoas em todo o mundo, e provoca mais de quatro milhões de vítimas por ano (World Health Organization, 2007). Prevê-se que em 2030 possam ser responsáveis por uma em cada cinco mortes no mundo, sendo que na Europa a proporção deverá manter-se estável, numa razão de 1:10 em todas as mortes, com um aumento da prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e do cancro do pulmão (European Respiratory Society, 2013). Em Portugal, constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com uma prevalência de cerca de 40% com tendência para aumentar (Direção Geral da Saúde, 2013a).

A prevalência das doenças respiratórias em todo mundo é em grande parte atribuída ao atual contexto de crise económica, constatando-se em todos os países, que as pessoas com menores recursos financeiros são aquelas que correm maior risco de desenvolver doenças respiratórias crónicas (Direção Geral da Saúde, 2013a).

A doença respiratória crónica é extremamente incapacitante, devido a sintomas como a dispneia, mas também pelo desenvolvimento de morbilidades secundárias às incapacidades dos músculos periféricos, nomeadamente cardíacas, nutricionais, e psicológicas; e ainda às dificuldades em desenvolver estratégias para lidar com a doença (Pamplona & Morais, 2007). Uma correta e eficaz gestão da doença respiratória crónica é fundamental para a prevenção da sua progressão; para o alívio dos sintomas; para melhorar o estado de saúde; evitar complicações; e prevenir exacerbações (European Respiratory Society, 2013).

A reabilitação respiratória constitui um aspeto central do tratamento das doenças respiratórias crónicas (European Respiratory Society, 2013; Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2013; Jenkins, Hill & Cecins, 2010; Pamplona & Morais, 2007; Ries, et al., 2007). Traduz-se num programa de intervenção global e individualizado dirigido a doentes com doença respiratória crónica implementado por uma equipa multidisciplinar (European

Respiratory Society, 2013), da qual o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é parte integrante e essencial (European Respiratory Society, 2013; Direção Geral da Saúde, 2009).

Os estudos com doentes com doença respiratória crónica incidem particularmente na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (Kagaya et al., 2009; Ries et al., 2007; Hart, Duncan, Aguirre-Kelley, Lotshaw & Millard, 2005), e demonstram que a reabilitação respiratória contribui favoravelmente para a redução da dispneia, para o aumento da tolerância ao exercício, para a melhoria da capacidade de realização das atividades de vida diária, e ainda, para a melhoria da qualidade de vida.

O treino ao esforço pelo exercício constitui um dos mais importantes componentes do programa de reabilitação respiratória (Direção Geral da Saúde, 2009; Ries et al., 2007). A literatura refere que contribui para diminuir a dispneia (Jenkins, et al., 2010; Pamplona & Morais, 2007; Ries et al., 2007); melhora a tolerância ao exercício (Costa, et al., 2014; Jenkins et al, 2010; Pamplona & Morais, 2007); aumenta a força muscular (Costa et al, 2014; Pamplona & Morais, 2007); e melhora a qualidade de vida (Pamplona & Morais, 2007; Ries et al., 2007).

Face ao que a evidência científica demonstra, e tendo em conta as visitas preparatórias realizadas aos locais de estágio (Serviço de Pneumologia e Equipa de Cuidados Continuados Integrados), define-se como tema deste projeto “Reeducação ao esforço na pessoa com doença respiratória crónica: Intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação”. Saliento, ainda, que enquanto enfermeira, desenvolvo a minha atividade profissional num serviço cirúrgico com doentes, essencialmente, do foro respiratório, cuja maioria das complicações cirúrgicas ou resultantes da patologia de base estão relacionadas com dispneia, com forte impacto no dia-a-dia do doente, pelo que considero pertinente desenvolver competências e conhecimentos nesta área.

Este projeto pretende delinear o percurso que será realizado durante o estágio, no 3º semestre, que visa o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação integra um conjunto de competências clínicas especializadas que

visam melhorar a função, promover a independência e a máxima função da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação têm como foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa, mediante a promoção do autocuidado, prevenção de complicações e maximização das capacidades (Ordem dos enfermeiros, 2011).

Neste contexto, e pelo facto da doença respiratória crónica interferir com a realização das atividades de autocuidado, escolheu-se como filosofia de cuidados para este projeto a Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem.

De forma a desenvolver a temática deste projeto, bem como desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, definem-se como objectivos gerais:

- ✓ Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, na área da reabilitação respiratória, na reeducação ao esforço da pessoa com doença respiratória com vista à promoção do seu autocuidado.
- ✓ Desenvolver competências nas diferentes áreas de atuação do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação na prestação de cuidados à pessoa com alterações sensorio-motoras e de eliminação, maximizando o seu potencial para o autocuidado.

Para a elaboração do presente projeto, a pesquisa bibliográfica foi realizada, na sua maioria, em bases de dados eletrónicas, nomeadamente: CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect; e em sites de entidades governamentais e não-governamentais da comunidade científica. As palavras-chave utilizadas durante a pesquisa foram: “Reabilitação/Rehabilitation”; “Doença Respiratória/Respiratory disease”; “Tolerância ao esforço/Exercise tolerance”; “Conservação de energia/ Energy conservation”; “Autocuidado/Self-care; Enfermagem/nursing”.

Este projeto compreende as seguintes partes: introdução; componente científica, que suporta e fundamenta o tema, e onde se aborda a doença respiratória crónica, a reabilitação respiratória e o treino pelo exercício na

pessoa com doença respiratória crónica, e o autocuidado como filosofia de cuidados; planeamento do trabalho, onde se faz referência às instituições envolvidas no estágio e justificação da sua escolha, descrição das competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, que se pretendem desenvolver, descrição dos objetivos específicos e das atividades a desenvolver em contexto de estágio; e por fim são apresentadas as considerações finais.

1 – ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA: REEDUCAÇÃO AO ESFORÇO

As doenças respiratórias crónicas²⁹ constituem um enorme fardo para as sociedades atuais, devido ao seu forte impacto na longevidade e qualidade de vida das pessoas, bem como ao seu impacto económico, pelo que é premente um maior investimento na prevenção e tratamento destas doenças (European Respiratory Society (ERS), 2013).

Em Portugal, as doenças respiratórias crónicas são responsáveis por 2,9% da totalidade dos óbitos, sendo este um valor superior aos 2,7% da média europeia (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR), 2013). Destacam-se pela sua elevada prevalência a Asma, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e o Síndrome da Apneia do Sono (Direção Geral da Saúde (DGS), 2013a).

A asma é uma doença heterogénea, geralmente caracterizada por uma inflamação crónica das vias aéreas, bem como pela existência de sintomas respiratórios como pieira, falta de ar, aperto no peito e tosse, que variam ao longo do tempo e em intensidade, e por uma obstrução variável no fluxo expiratório (Global Initiative for Asthma, 2014). Atinge cerca de 1.000.000 de portugueses, tendo-se em 2012 registado 2781 internamentos (mais 12,4% do que em 2011) e 144 óbitos (mais 18,03% do que em 2011) (ONDR, 2013).

A DPOC é uma doença comum, previsível e tratável, caracterizada pela obstrução persistente das vias aéreas que é geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas e do pulmão a partículas ou gases nocivos (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2014). Estima-se que existam em Portugal cerca de 800.000 doentes nos diversos estádios da doença, sendo que em 2012 se verificam 8.967 internamentos (mais 10,9% do que em 2011) e 2.936 óbitos (mais 11,4% do que em 2011) (ONDR, 2013).

²⁹São consideradas doenças respiratórias crónicas as doenças crónicas das vias respiratórias e de outras estruturas dos pulmões (World Health Organization, 2007).

O Síndrome da Apneia de Sono caracteriza-se por um quadro de sonolência, alterações cardiovasculares e neuropsiquiátricas, secundárias a episódios repetidos de obstrução das vias aéreas superiores durante o sono, que provocam diminuição das saturações e fragmentação do sono por despertares transitórios (DGS, 2010). Estima-se que a sua prevalência na população portuguesa adulta, embora não haja nenhum estudo epidemiológico, se aproxime dos 20%, se definido por um Índice de Apneia-Hipopneia (número de apneias e hipopneias por hora de sono) superior a cinco eventos por hora (DGS, 2013a).

O aumento da prevalência e gravidade das doenças respiratórias crónicas encontra-se fortemente relacionado com fatores sócioeconómicos e com o défice no acesso a cuidados de saúde adequados (DGS, 2013a). Salientam-se como fatores de risco para as doenças respiratórias crónicas, a exposição direta ou indireta ao fumo do tabaco, a exposição à poluição doméstica e de outros espaços fechados, a poluição exterior, a exposição ocupacional, a malnutrição, o baixo peso à nascença e as infeções respiratórias recorrentes em idades precoces (DGS, 2013a).

De referir que os sintomas respiratórios estão entre as principais causas de consultas nos centros de cuidados de saúde primários (World Health Organization (WHO), 2007). São considerados como principais sintomas respiratórios crónicos e progressivos a tosse, a expetoração, a dispneia, o cansaço com atividade física e a pieira (DGS, 2013b).

A reabilitação respiratória é atualmente apontada como parte integrante da terapêutica do doente com doença respiratória crónica, uma vez que contribui para melhorar a sua qualidade de vida e tem um impacto favorável na evolução da doença (ERS, 2013; ONDR, 2013).

A reabilitação respiratória é definida como:

uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas actividades de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a reabilitação respiratória 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. (DGS, 2009, p.1)

Os benefícios decorrentes da reabilitação respiratória são vários, nomeadamente: a redução dos sintomas respiratórios de fadiga e dispneia; a reversão da ansiedade e depressão; a melhoria da tolerância ao exercício, com aumento da resistência ao esforço; a melhoria na capacidade de realização das atividades da vida diária e uma melhor integração familiar e social (ONDR, 2013; DGS, 2009; Ries et al., 2007).

A longo prazo a reabilitação respiratória contribui para a manutenção dos benefícios referidos, o que se traduz na diminuição da utilização de recursos de saúde, na prevenção de admissões hospitalares, na diminuição do número de dias de internamento, e na melhoria da capacidade de autocontrolo da doença (ONDR, 2013; DGS, 2009; Ries et al., 2007).

Num estudo realizado com doentes com DPCO procedeu-se à avaliação do impacto da reabilitação respiratória, mediante aplicação do instrumento *Activities of Daily Living Assessment Tool*, que permitiu avaliar a capacidade de realização das atividades de vida diária, e verificou-se: melhoria significativa no desenvolvimento de técnicas de relaxamento para diminuir a ansiedade, o stress e o medo associado à falta de ar; aplicação de técnicas de respiração adequadas durante a realização das atividades de vida diária; utilização de técnicas de simplificação da tarefa e conservação de energia; aumento da resistência durante a realização das tarefas e diminuição dos períodos de descanso entre elas; e retorno às funções associadas à casa, trabalho, escola, atividades sociais e lazer (Hart et al, 2005).

Em outro estudo realizado com doentes com doença pulmonar restritiva e doentes com DPCO, que foram incentivados a implementar um programa de reabilitação respiratória (exercícios de fortalecimento da musculatura respiratória; exercícios de alongamento; caminhada; educação) no domicílio, e eram monitorizados duas vezes por semana no hospital, durante seis semanas, constatou-se melhoria na força da musculatura inspiratória e expiratória, melhoria na tolerância ao exercício, na qualidade de vida e na perceção da dispneia, tanto nos doentes com doença pulmonar restritiva como nos doentes com DPOC (Kagaya et al, 2009).

Os benefícios da reabilitação respiratória na doença respiratória crónica encontram-se bem documentados na literatura, particularmente na DPOC, independentemente do estágio da doença (Clini & Romagnoli, 2005).

A reabilitação respiratória deve ser implementada sob a forma de um programa que estabeleça critérios de seleção dos doentes; componentes a aplicar, nomeadamente o treino pelo exercício, educação, componente psicossocial e comportamental, intervenção nutricional; e avaliação dos resultados (ONDR, 2013; DGS, 2009). Importa, referir que nem todos os componentes do programa produzem os mesmos benefícios (Quadro 1).

QUADRO 5: NÍVEL DE EVIDÊNCIA E GRAU DE RECOMENDAÇÃO DOS COMPONENTES E BENEFÍCIOS RESULTANTES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

		Nível de evidência	Grau de recomendação
Componente	Treino de membros inferiores	Alto	Forte
	Treino de membros superiores	Alto	Forte
	Treino de músculos respiratórios	Moderado	Forte
	Educação, Fisioterapia	Moderado	Forte
	Apoio psicossocial	Fraco	Fraco
Benefícios ao nível de:	Dispneia	Alto	Forte
	Capacidade de esforço	Alto	Forte
	Qualidade de vida relacionada com a saúde	Alto	Forte
	Benefícios psicossociais	Alto	Fraco
	Recursos económicos	Moderado	Fraco
	Sobrevida	Não se aplica	Não se aplica

Adaptado de: Sociedad Española de Medicina de Familia & Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (2010)

Na construção da estrutura do programa de reabilitação respiratória deve-se ter em conta os múltiplos fatores relacionados com a doença (fase evolutiva, estabilização/agudização, outras patologias associadas), com a pessoa (grau de instrução e capacidade de aprendizagem, situação sociofamiliar e profissional),

com o local de aplicação (ambulatório, internamento ou domicílio) e com os meios disponíveis (Cordeiro & Menoita, 2012).

A componente do treino mediante a realização de exercício na abordagem e tratamento da pessoa com doença respiratória crónica tem vindo a ser integrada nos últimos anos na prática clínica (Cordeiro & Menoita, 2012). Por treino entende-se a “exposição sistemática a um estímulo de forma estruturada para obter as adaptações fisiológicas desejáveis” (Pamplona & Morais, 2007, p.103).

Os sintomas incapacitantes das doenças respiratórias crónicas, nomeadamente a dispneia, condicionam a atividade física, dando início a um ciclo vicioso de desadequação progressiva ao exercício, o qual conduz a um aumento da fadiga muscular, à dispneia a esforços, e conseqüentemente ao aumento de inatividade e intolerância ao exercício, com repercussões psicológicas, sociais e profissionais (Cordeiro & Menoita, 2012; Pamplona & Morais, 2007).

Neste sentido, o treino pelo exercício visa o condicionamento ao esforço, na medida em que contribui para a diminuição dos sintomas; melhora a tolerância ao exercício (Jenkins et al, 2010); melhora a capacidade aeróbica, força, flexibilidade e coordenação motora (Pamplona & Morais, 2007); diminui a necessidade de oxigénio para o mesmo esforço; contribui para a redução do número de hospitalizações; e para a melhoria da qualidade de vida (Branco et al., 2012). Constitui um elemento fundamental da reabilitação respiratória (DGS, 2009).

Num estudo realizado com 112 doentes com DPCO implementou-se um programa de treino, que consistia em exercícios de aquecimento, exercícios aeróbicos (treino de *endurance*), exercícios de resistência e alongamentos, três vezes por semana, durante 12 semanas, tendo-se verificado aumento da força muscular e capacidade de exercício, e melhoria da qualidade de vida (Costa et al, 2014).

O planeamento do treino pelo exercício no doente respiratório crónico compreende um conjunto de estratégias, nomeadamente: treino de *endurance*; treino de *endurance* intervalado; treino ao esforço; treino dos músculos

respiratórios, electroestimulação neuromuscular; oxigenoterapia; ventilação não invasiva; técnicas de conservação de energia e de controlo da dispneia (Jenkins et al, 2010; DGS, 2009; Pamplona & Morais, 2007).

O treino de *endurance* dos membros pressupõe a realização de exercícios com uma intensidade, que varia de moderada a elevada, com uma duração moderada a longa, nos quais são utilizados grandes grupos musculares dos membros superiores e inferiores (por exemplo marcha ou *step*, bicicleta, natação, remo etc.), com recurso a energia produzida, essencialmente, pela via aeróbica (DGS, 2009; Pamplona & Morais, 2007).

O treino de *endurance* intervalado dos membros envolve exercícios similares, com períodos curtos de elevada intensidade e seguidos de períodos de baixa intensidade, aplicados de forma sequencial, que produzem benefícios acrescidos sobre o descondicionamento ao esforço (DGS, 2013).

O treino ao esforço consiste na realização de exercício com resistências, de intensidade elevada e de curta duração, localizado a pequenos grupos musculares (por exemplo treino do quadríceps com halteres, máquinas de musculação etc.) (DGS, 2009; Pamplona & Morais, 2007).

O fortalecimento dos diferentes grupos musculares (peitorais, bíceps, tríceps, deltoide e membros inferiores) possibilita melhorar a capacidade e aumentar a tolerância ao exercício, reduzir a sensação de dispneia, diminuir a fadiga, e fortalecer os músculos, em especial os dos membros superiores, de modo a aumentar a capacidade para a realização das atividades de vida diária. (Cordeiro & Menoita, 2012).

A combinação do treino dos membros superiores e inferiores permite otimizar a melhoria da dispneia em situação de esforço e a qualidade de vida do doente (DGS, 2009; Pamplona & Morais, 2007; Ries et al., 2007). A avaliação da dispneia requer um autorrelato do doente, dada a sua natureza subjetiva, contudo pode-se recorrer a escalas de avaliação, tal como a escala de *Borg*, que é particularmente útil para as sessões de treino e nas provas de esforço (DGS, 2009).

A duração das sessões de treino deve ser de aproximadamente 30 a 45 minutos, com uma frequência de três a cinco vezes por semana, durante seis a

dez semanas, sendo recomendado que após este período se estruture um programa de manutenção (Branco et al., 2012). Durante o treino, a frequência cardíaca, a pressão arterial e a saturação periférica de oxigénio devem ser monitorizadas (pelo menos nas primeiras sessões), sendo que a saturação periférica de oxigénio não deve ser inferior a 92% e a frequência cardíaca deve permanecer abaixo da frequência cardíaca máxima (idealmente determinada por prova de esforço) (Branco et al., 2012).

O treino dos músculos respiratórios não se recomenda por rotina, devendo apenas ser considerado em doentes que são incapazes de participar no treino de exercício devido a comorbilidades existentes (Jenkins et al., 2010; DGS, 2009).

A electroestimulação neuromuscular é um método recente, que pode ser utilizado para ganho de massa muscular e capacidade aeróbica, constituindo um método alternativo ao treino tradicional de exercício (DGS, 2009).

O uso de oxigénio em doentes com hipoxemia induzida pelo esforço poderá ser benéfico para a melhoria da dispneia, para aumentar a capacidade de exercício e a intensidade do treino (DGS, 2009; Ries et al., 2007).

A ventilação não invasiva é outra estratégia que poderá estar indicada no treino de exercício, com o intuito de diminuir a sobrecarga dos músculos respiratórios, melhorar a tolerância ao treino de exercício e aumentar a resistência e intensidade de exercício (Ries et al., 2007).

As técnicas de conservação de energia e de controlo de dispneia têm como finalidade diminuir o grau de dispneia no desenvolvimento das atividades de vida diária ou profissional (Branco et al, 2012; DGS, 2009). No que concerne as técnicas de controlo da dispneia, as estratégias mais utilizadas são a respiração diafragmática e a respiração com os lábios semicerrados (Jenkins et al., 2010; DGS, 2009).

Estas técnicas devem basear-se em princípios de conservação de energia e de simplificação do trabalho de forma a reduzir sintomas como a dispneia e evitar esforços com um consumo de oxigénio desproporcionado, com recurso, em caso de necessidade de produtos de apoio (Branco et al, 2012). Os doentes podem ser aconselhados a fazer os seus cuidados de higiene e

conforto sentados; calçar e descalçar os sapatos sentados; usar sapatos sem atacador; dividir o tempo para a realização de tarefas domiciliares; subir escadas degrau a degrau e não ter pressa na realização das tarefas (DGS, 2009).

Num estudo com doentes com DPOC foi avaliada a realização de cinco atividades (escovar os dentes; pentear o cabelo; guardar utensílios; subir escadas; e atar os sapatos) com e sem recurso a técnicas de conservação de energia, e verificou-se que a utilização de técnicas de conservação de energia reduziu a sensação de dispneia durante a realização das mesmas (Pasqualoto, Schumacher, Dumke, Winkelmann & Bittencourt, 2009).

Outra componente fundamental do programa de reabilitação respiratória é a educação, que constitui um processo preparado e efetuado por profissionais especializados, com vista a habilitar o doente e/ou a família/cuidador a lidar com o tratamento da doença e com a prevenção das suas complicações; a promover uma modificação no comportamento e estilo de vida ajustado à doença; a tornar o doente o mais possível autónomo no autocontrolo e gestão da doença e no recurso aos serviços de saúde (DGS, 2009).

O programa deverá ter o suporte técnico de uma equipa interdisciplinar composta idealmente por um médico pneumologista e fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro de reabilitação, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional (DGS, 2009). Se tal não for possível a DGS (2009) recomenda que a equipa seja constituída, no mínimo, por um médico, um enfermeiro de reabilitação e um fisioterapeuta.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), enquanto profissional especializado na área da reabilitação respiratória, participa ativamente no cuidado holístico aos doentes com doença respiratória crónica, em colaboração com outros membros da equipa multidisciplinar (ERS, 2013). Encontram-se envolvidos no desenvolvimento, aplicação e monitorização de intervenções terapêuticas, e desempenham um papel crucial na educação e gestão do regime terapêutico, bem como na promoção da autogestão da doença (ERS, 2013).

A Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (2010) considera que os profissionais de enfermagem de reabilitação são fundamentais para a promoção e potencialização da capacidade de reabilitação da pessoa, ajudando a lidar com as incapacidades e desvantagens, e contribuindo para ganhos em saúde adicionais, designadamente: (1) diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde; (2) diminuição do número de episódios de internamento; (3) diminuição da demora média de internamento e dos custos que lhe estão associados; (4) aumento do nível de independência das pessoas e das famílias; (5) diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade; (6) aumento da adesão ao regime terapêutico; (7) diminuição da dependência funcional e social; (8) otimização da reintegração do utente no seio familiar e social; e (9) diminuição da morbilidade.

Na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, o EEER pretende maximizar o bem-estar da pessoa e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente à quais a pessoa é dependente, mediante a: (1) identificação dos problemas da pessoa relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções; (2) seleção, prescrição e supervisão na utilização de produtos de apoio; (3) ensino, instrução e treino da pessoa e/ou família/cuidador sobre técnicas que promovam o autocuidado (Ordem dos enfermeiros, 2011).

Na orientação prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação, o modelo do autocuidado revela-se “estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional” (Ordem dos enfermeiros, 2011, p.4).

Tendo por base o referido anteriormente, e considerando que a doença respiratória crónica condiciona a capacidade da pessoa para o desenvolvimento da atividade de autocuidado, foi escolhida como filosofia de cuidados para este projeto a Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem. Esta teórica compreende três teorias relacionadas entre si: Teoria do

Autocuidado; Teoria do Défice de Autocuidado; Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

Na Teoria do Autocuidado, o autocuidado é entendido como uma função reguladora, que necessita de ser aprendida e desenvolvida (Orem, 2001). Segundo a autora existem três tipos de requisitos de autocuidado: universal, desenvolvimento e desvio de saúde. Os requisitos universais relacionam-se com as necessidades humanas básicas e são comuns a todos os seres humanos durante o ciclo vital. Os requisitos de desenvolvimento consistem em condições específicas e particulares que garantem o desenvolvimento normal da pessoa, nomeadamente a adaptação a um novo trabalho ou às modificações corporais. Os requisitos de desvio de saúde são exigidos em condições de doença ou em consequência de atos médicos.

A Teoria do Défice de Autocuidado diz respeito ao défice de autocuidado, que resulta da diferença entre a necessidade de autocuidado terapêutico e a atividade de autocuidado que a pessoa consegue realizar, estabelecendo assim a necessidade de intervenção da enfermagem, mediante a aplicação de cinco métodos de ajuda e assistência à pessoa, designadamente: agir ou fazer para o outro; orientar o outro; apoiar o outro (apoio físico e psicológico); proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar o outro (Orem, 2001).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem remete para a divisão dos cuidados de enfermagem em três sistemas: (1) sistema de enfermagem compensatório, (2) sistema de enfermagem parcialmente compensatório e (3) sistema de enfermagem apoio-educativo (Orem, 2001).

De acordo com a autora no sistema de enfermagem inteiramente compensatório, o enfermeiro deve compensar totalmente a incapacidade da pessoa, relativamente às atividades do autocuidado que requerem controlo da marcha e movimentos. No sistema parcialmente compensatório, a pessoa tem capacidade para realizar algumas das ações de autocuidado. No sistema de apoio-educação a pessoa consegue desenvolver ou pode e deve aprender a desenvolver ações de autocuidado, mediante o apoio, orientação e ensino do profissional de enfermagem.

A intervenção da enfermagem, nomeadamente da enfermagem de reabilitação, torna-se fundamental quando a pessoa necessita de incorporar novas medidas de autocuidado ao seu sistema de autocuidado, em situação de doença crónica ou lesão. A enfermagem de reabilitação, enquanto especialidade que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, permite ajudar pessoas com doenças crónicas ou com sequelas, com o intuito de maximizar o seu potencial funcional e de independência (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A intervenção do EEER, em áreas como a da reabilitação respiratória, tem vindo a ser reconhecida como essencial, contudo seria importante o desenvolvimento de mais estudos sobre esta temática. Por sua vez, a evidência científica tem demonstrado de forma contundente os múltiplos benefícios da reabilitação respiratória, constituindo o treino pelo exercício um elemento essencial da reabilitação respiratória.

2 – COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS, ATIVIDADES A DESENVOLVER

A intervenção do EEER visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, bem como desenvolver intervenções terapêuticas para a melhoria das funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, designadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste contexto, este projeto tem como finalidade desenvolver, aprofundar e mobilizar um conjunto de saberes, habilidades e capacidades, em contexto de estágio, que permitam cuidar da pessoa com patologia respiratória crónica e com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida.

Para a concretização do presente projeto foi escolhido um serviço de internamento hospitalar e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), mais propriamente uma Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Foram realizadas visitas preparatórias aos serviços referidos, e entrevistas informais (Apêndice I) à enfermeira chefe do serviço de Pneumologia (piso 8) e à enfermeira coordenadora da ECCI, com o intuito de se compreenderem as especificidades de cada serviço, a intervenção do enfermeiro de reabilitação nas diferentes equipas multidisciplinares e a sua adequação para a implementação deste projeto.

Considero que os locais de estágios selecionados permitirão desenvolver da melhor forma possível as competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as competências do EEER.

O quadro 2 apresenta as justificações para a escolha dos locais de estágio.

Quadro 6: Justificação da escolha dos locais de estágio

Locais de Estágio	Justificação da escolha
Serviço de Pneumologia	<ul style="list-style-type: none">• Serviço com grande especificidade no que respeita a patologias do foro respiratório.• Permite reconhecer a importância do trabalho autónomo do EEER no âmbito da equipa multidisciplinar.• O EEER desenvolve grande parte da sua intervenção na área da reabilitação respiratória.• Permite integrar e desenvolver na prática os conteúdos abordados durante os dois semestres anteriores.
ECCI	<ul style="list-style-type: none">• Equipa que presta cuidados em contexto domiciliário, com o intuito de promover a autonomia e melhorar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da reabilitação, readaptação, reinserção familiar e social, e ainda, promove o bem-estar da pessoa e família na fase final de vida.• Diversidade de patologias, nomeadamente: neoplasias, Acidente Vascular Cerebral, fratura do colo do fémur, doenças degenerativas (Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla), demências.• O EEER desenvolve um Plano Individual de Intervenção, que tem como objetivo major atingir a máxima independência da pessoa, envolvendo a família sempre que possível neste processo• Permite integrar e desenvolver na prática os conteúdos abordados durante os dois semestres anteriores.

Tendo em conta os domínios de competências e respetivas unidades de competências do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos enfermeiros, 2010a) e das competências específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), apresentam-se os objetivos específicos definidos, as respetivas atividades que se pretendem desenvolver, identificam-se indicadores, critérios de avaliação e os recursos necessários. De forma a tornar esta apresentação mais explícita, foram elaborados quadros (3, 4, 5, 6) que apresentam os domínios e as competências comuns do enfermeiro especialista, juntamente com as competências do EEER, por considerar que se encontram interligadas.

O cronograma com os objetivos específicos para os dois locais de estágio encontra-se no Apêndice II.

QUADRO 7: DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

<p>Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo intervenção.</p> <p>Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>Competência J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>				
Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>1) Desenvolver uma prática profissional com base nos princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação, procurando a excelência dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecimento sobre a dinâmica de funcionamento dos locais de estágio. ➤ Integração na dinâmica dos locais de estágio, nomeadamente na equipa multidisciplinar. ➤ Identificação dos recursos existentes nos diferentes locais de estágio, adequando-os aos cuidados de reabilitação a prestar. ➤ Conhecimento sobre normas, protocolos e instrumentos de avaliação existentes nos locais de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter demonstrado conhecimento sobre os locais de estágio, a sua dinâmica e organização, e sobre os recursos disponíveis. ➤ Ter demonstrado iniciativa na tomada de decisão com base no raciocínio clínico, na mobilização de princípios éticos e morais, respeitando os valores morais da pessoa ou família. ➤ Ter conhecimento sobre normas e protocolos do serviço e atuar em concordância. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em que medida a integração, o conhecimento dos recursos, de normas, instrumentos de avaliação e protocolos dos locais de estágio, contribuíram para o desenvolvimento da prática profissional na área de enfermagem de reabilitação? 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pessoa e/ou família ou cuidador. ➤ EEER. ➤ Equipa de enfermagem. ➤ Docente orientador. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Código deontológico do Enfermeiro, legislação reguladora da praxis. ➤ Publicações na área ética e deontológica, normas, protocolos de serviço;
<p>2) Fomentar a capacidade de responsabilidade na tomada de decisão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reflexão acerca das situações clínicas e participação adequada na tomada de decisão, conjuntamente com a enfermeira orientadora e restante equipa, com base na aplicação dos princípios éticos e deontológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter mostrado capacidade de reflexão, participando na tomada de decisão em parceria com a equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De que forma a reflexão sobre as situações clínicas contribuiu para a tomada de decisão? 	

<p>3) Desenvolver o processo de enfermagem na prestação de cuidados de reabilitação com base na teoria geral do autocuidado, respeitando a individualidade, os valores, os costumes e as crenças da pessoa e família/cuidador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colheita de dados dirigida à pessoa ou cuidador, consulta do processo clínico, com o intuito de identificar as necessidades de autocuidado. ➤ Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação da pessoa para a promoção do autocuidado. ➤ Identificação dos recursos da pessoa e/ou família/cuidador e comunidade em que se encontram inseridos. ➤ Elaboração e implementação do plano de cuidados de reabilitação ➤ Avaliação das intervenções efetuadas e atualização do plano de cuidados. ➤ Elaboração de registos que concedam visibilidade aos cuidados prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter identificado as necessidades de autocuidado da pessoa. ➤ Ter elaborado e implementado o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, em parceria com a pessoa e/ou família/cuidador. ➤ Ter avaliado e reformulado os planos de cuidados sempre que necessário. ➤ Ter efetuado registos pertinentes e concisos, utilizando linguagem científica. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em que mediada a implementação do processo de enfermagem facilitou a promoção do autocuidado? ➤ De que modo os registos elaborados deram visibilidade aos cuidados prestados? 	<p>instrumentos de avaliação e colheita de dados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bibliografia sobre conteúdos na área da reabilitação. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Serviço de Pneumologia ➤ UCC:ECCI
---	---	--	--	---

QUADRO 8: DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

<p>Competência B2 – Concebe, Gere e Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>Competência B3 – Cria e mantém um ambiente seguro.</p> <p>Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p>				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>4) Colaborar na implementação de projetos e programas de melhoria da qualidade na prestação de cuidados.</p>	<p>➤ Colaboração em projetos e programas de melhoria da qualidade em curso no serviço de pneumologia e na ECCI.</p>	<p>➤ Ter colaborado em projetos e programas de melhoria da qualidade em curso no serviço de pneumologia e na ECCI.</p>	<p>➤ Em que medida a colaboração em projetos, programas, e o recurso à melhor evidência científica contribuiu para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados?</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>➤ Pessoa e/ou família ou cuidador.</p> <p>➤ EEER.</p> <p>➤ Equipa de enfermagem</p> <p>➤ Docente orientador.</p> <p><u>Materiais:</u></p> <p>➤ Documentação sobre os projetos ou programas vigentes nos locais de estágio.</p> <p>➤ Bibliografia sobre conteúdos na área da reabilitação.</p>
<p>5) Desenvolver a capacidade de mobilização e utilização da melhor evidência disponível na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.</p>	<p>➤ Desenvolvimento da capacidade de pesquisa acerca da melhor evidência disponível, de modo a colmatar necessidades sentidas.</p> <p>➤ Realização de folhetos, brochura, poster, de acordo com as necessidades identificadas no local de estágio.</p>	<p>➤ Ter utilizado conhecimentos baseados na evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, e empreender ações que visem a melhoria dos cuidados.</p>		
<p>6) Promover um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e/ou família/cuidador nos diferentes locais de estágio</p>	<p>➤ Identificação de fatores de risco ou situações prejudiciais para a pessoa e/ou família/cuidador, com o intuito de se desenvolver um ambiente seguro e adequado ao seu bem-estar.</p> <p>➤ Adoção de comportamentos seguros na prestação de cuidados.</p>	<p>➤ Ter identificado fatores de risco para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados.</p>		

<p>7) Prestar cuidados de reabilitação à pessoa com patologia respiratória crónica e/ou alterações sensorio-motoras e de eliminação, para a promoção do autocuidado nas atividades de vida diária, com as adaptações necessárias às suas limitações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Seleção adequada dos produtos de apoio necessários para maximizar a funcionalidade da pessoa. ➤ Instrução, prática e treino com a pessoa e/ou família/cuidador relativamente aos produtos de apoio, no âmbito da reeducação motora e da reabilitação respiratória, promovendo o autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter demonstrado empatia e disponibilidade na prestação de cuidados. ➤ Ter adequado os produtos de apoio ao grau de funcionalidade da pessoa. ➤ Ter procedido à instrução, prática e treino com a pessoa e/ou família/cuidador sobre os diferentes produtos de apoio, no âmbito da reeducação motora e reabilitação respiratória, promovendo o autocuidado. ➤ Ter validado os ensinamentos realizados. 	<p>➤ Em que medida a instrução, prática e treino com a pessoa ou família/cuidador em relação aos produtos de apoio, no âmbito da reeducação motora e reabilitação respiratória, promoveu o autocuidado?</p>	<p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Serviço de Pneumologia ➤ UCC: ECCI
<p>8) Identificar medidas que promovam a segurança, a mobilidade, a acessibilidade e participação social, de acordo com as necessidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação das barreiras arquitetónicas do meio envolvente (internamento e/ou comunidade) que possam limitar a sua funcionalidade. ➤ Sugestão de estratégias que possam eliminar ou diminuir o impacto das barreiras identificadas. ➤ Conhecimento sobre os apoios legislados da pessoa com doença crónica, com recurso à legislação em vigor. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter identificado estratégias que promovam a mobilidade, a acessibilidade e participação social, de acordo com as necessidades da pessoa. ➤ Ter mobilizado conhecimento relativo à legislação sobre a pessoa com doença crónica. 	<p>➤ De que forma as estratégias identificadas e a utilização da legislação em vigor contribuiu para a segurança, a mobilidade, a acessibilidade e participação social da pessoa?</p>	

QUADRO 9: DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

<p>Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>Competência J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>9) Participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nos locais de estágio, promovendo a segurança e qualidade das atividades delegadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestão dos cuidados de reabilitação prestados e respetiva priorização, tendo em conta as diferentes situações clínicas. ➤ Desenvolvimento de ações de formação, tendo em conta as necessidades dos enfermeiros na área da reabilitação, nos diferentes locais de estágio. ➤ Delegação de cuidados de reabilitação de forma criteriosa. ➤ Supervisão e avaliação dos cuidados prestados em situação de delegação. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter gerido e priorizado a prestação de cuidados, promovendo a segurança e a qualidade dos mesmos. ➤ Ter promovido a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, mediante a delegação criteriosa, supervisão e avaliação dos cuidados delegados, considerando a necessidade de formação dos intervenientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em que medida a gestão e a priorização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, bem como a delegação das atividades, foram adequadas? 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pessoa e/ou família ou cuidador. ➤ EEER. ➤ Equipa de enfermagem ➤ Docente orientador. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Normas; protocolos de

<p>10) Integrar programas de treino motor e cardio-respiratório no autocuidado da pessoa com patologia respiratória crónica e/ou alterações sensorio-motoras e de eliminação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesquisa bibliografia sobre programas de treino motor e cardio-respiratório. ➤ Desenvolvimento de programas de reabilitação individualizados. ➤ Instrução, prática e treino com a pessoa e/ou família/cuidador das técnicas específicas no âmbito da reeducação motora e reabilitação respiratória, promovendo o autocuidado. ➤ Avaliação dos resultados obtidos e reformulação do programa de treino estabelecido sempre que necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter desenvolvido competências na área da reabilitação motora e cardio-respiratória. ➤ Ter elaborado, implementado e avaliado programas de reabilitação integrados no plano de cuidados geral, tendo em conta a promoção do autocuidado 	<p>➤ Em que medida os programas de treino motor e cardio-respiratório promoveram o autocuidado da pessoa com doença respiratória crónica e/ou alterações sensorio-motoras e de eliminação?</p>	<p>serviço; brochuras; folhetos; e/ou outros relevantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bibliografia sobre conteúdos na área da reabilitação. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Serviço de Pneumologia ➤ UCC: ECCI
--	--	---	--	---

QUADRO 10: DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

<p>Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>11) Desenvolver capacidades para o autoconhecimento, com o intuito de reconhecer fatores que possam interferir com as relações terapêuticas e profissionais estabelecidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvimento de estratégias para o autoconhecimento. ➤ Reuniões informais periódicas com o enfermeiro orientador e docente orientadora, com intuito de abordar os aspetos positivos, negativos e aqueles que devem ser melhorados na prestação de cuidados. ➤ Desenvolvimento da iniciativa, segurança e assertividade na prestação de cuidados e perante a equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter demonstrado aptidão para reconhecer as próprias capacidades, as dificuldades e os aspetos a melhorar. ➤ Ter demonstrado iniciativa, segurança e assertividade crescente na prestação de cuidados e perante a equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De que forma a análise de incidentes críticos refletem o autoconhecimento e a assertividade? 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pessoa e/ou família ou cuidador. ➤ EEER. ➤ Equipa de enfermagem. ➤ Docente orientador. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bibliografia sobre conteúdos na área da reabilitação e da pedagogia. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Serviço de Pneumologia ➤ UCC: ECCI
<p>12) Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Articulação dos saberes teóricos com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. ➤ Análise crítica das situações clínicas com o intuito de consolidar o conhecimento teórico (jornais de aprendizagem, planos de cuidados). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter desenvolvido, consolidado e demonstrado saberes teórico-práticos em contexto de prestação de cuidados especializados, perante o enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar e docente orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em que medida o desenvolvimento de saberes teóricos contribuiu para uma praxis clínica especializada? 	<p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Serviço de Pneumologia ➤ UCC: ECCI

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto constitui o início de um processo, que será concretizado em estágio, no decorrer do 3º semestre, e será concluído com a elaboração do relatório de estágio. Assim, este projeto de formação pretende ser um elemento orientador do percurso a realizar durante o período de estágio.

Encontram-se aqui expressas as competências que se pretendem desenvolver, os objetivos que se planeiam alcançar, e as atividades que se pretendem desenvolver, bem como os recursos necessários. Contudo, este projeto é um plano dinâmico, em desenvolvimento, e portanto passível de ser configurado de acordo com as necessidades sentidas nos diferentes locais de estágio. Também o referencial teórico poderá ser reajustado ao longo deste percurso, com o intuito de se otimizar o processo de aprendizagem.

A realização deste projeto possibilitou a integração de novos saberes, a reflexão e a articulação com os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo deste ano curricular.

Considero que a implementação deste projeto possibilitará desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação, e espero que contribua para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, e ainda, que me traga subsídios para o desempenho da minha atividade profissional.

4– BIBLIOGRAFIA

- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (2010). *Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016*. **Acedido a 20/07/2014**. Disponível em: <http://ebookbrowse.net/pns2011-2016-pdf-d93616593>
- Branco, P.B., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de reabilitação: reabilitação respiratória*. Porto: Medesign.
- Clini, E.M. & Romagnoli, M. (2005). Inpatient pulmonary rehabilitation: does it make sense? *Chronic Respiratory Disease*, 2, 43-46.
- Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-86-8.
- Costa, C.C., Leite, B. S., Canterle, D.B., Souza, R.M., Machado, M.L. & Teixeira, P.J.Z. (2014). Análise da força, qualidade de vida e tolerância ao exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 22 (2): 27-35.
- Direção Geral da Saúde (2013b). *Norma Nº028/2011 - Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Acedido a 20/07/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde (2009). *Circular Informativa Nº: 40A/DSPCD – Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Acedido a 10/05/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde (2010). *Proposta de programa para uma intervenção sistematizada no Síndrome de Apneia do Sono no âmbito Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido a 10/06/2014. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/SAS-e-PNS-2.pdf>

Direção Geral de Saúde (2013a). *Programa Nacional para as doenças Respiratórias 2012 – 2016* (2ª ed.). Acedido a 10/05/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

European Respiratory Society (2013). *European Lung White Book*. Acedido a 20/06/2014. Disponível em: <http://www.erswhitebook.org/>

Global Initiative for Asthma (2014). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. **Acedido a 29/06/2014**. Disponível em: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2014_Jun11.pdf

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2014). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*. Acedido a 25/06/2014. Disponível em: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jun11.pdf

Hart M.K., Duncan C.A., Aguirre-Kelley L.A., Lotshaw A.M. & Millard M. (2005). Improvement in physical performance coincides with improvement in activities of daily living performance following pulmonary rehabilitation. *Chest*, 128 (4): 253S.

Jenkins, S., Hill, K. & Cecins, N.M. (2010). State of the art: How to set up a pulmonary rehabilitation program. *Respirology*, 15, 1157-1173.

Kagaya, H., Takahashi, H., Sugawara, K., Kasai, C., Kiyokawa, N. & Shioya, T. (2009). Effective Home-Based Pulmonary Rehabilitation in Patients with Restrictive Lung Diseases. *Tohoku J. Exp. Med.*, 218, 215-219.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2013). *Prevenir a doença Acompanhar e Reabilitar o doente*. Acedido a 20/06/2014. Disponível em: http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/RELATORIO_ONDR_REV_ELA_DADOS_PREOCUPANTES_PARA_PORTUGAL.html

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 14/06/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 14/06/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Proposta do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Consultado a 7/07/2014. Acedido a 10/05/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

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

Pamplona, P. & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13 (1): 101-128.

Pasqualoto, A.S., Schumacher, P.H., Dumke, A., Winkelmann, E.R. & Bittencourt, D.C. (). Estudo do grau de dispneia nas atividades de vida diária e a utilização de técnicas de conservação de energia nos portadores da doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Contexto & Saúde*, 8 (16): 59-66.

Perrenoud, P. (2000). *Pedagogia diferenciada: das intenções à ação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ries, A.L., Bauldoff, G.S., Casaburi, R., Mahler, D.A., Rochester, C.L. & Herrerias, C. (2007). Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 131, 4s-42s.

Sociedad Española de Medicina de Familia & Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (2010). *Atención Integral al paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Desde la Atención Primaria a la Especializada*. Acedido a 9/07/2014. Disponible em: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_468_EPOC_AP_AE.pdf

World Health Organization (WHO) (2007). *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach*. Geneva. **Acedido a 20/05/2014**. Disponible em: http://www.who.int/gard/publications/GARD_Manual/en/index.html

APÊNDICE II

Jornais de Aprendizagem realizados no âmbito do estágio na ECCI



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

1º JORNAL DE APRENDIZAGEM

ECCI

Sandra Gomes, nº 5499

Enfermeira Orientador: Porfírio Guedes

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Dezembro 2014

No âmbito do estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) Cuidar⁺, foi proposta a construção de um jornal de aprendizagem relativo à caracterização e organização desta equipa.

Para uma melhor compreensão sobre a dinâmica de funcionamento da ECCI senti necessidade de perceber o modo como se organizam os Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES.

Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por diversas unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde (Artigo 2.º, Decreto - Lei nº137/3013). Têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, mediante o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. (Artigo 3.º, Decreto - Lei nº137/3013). Também desenvolvem atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais (Artigo 3.º, Decreto - Lei nº137/3013).

Os ACES podem compreender diferentes unidades funcionais, nomeadamente: Unidade de saúde familiar; Unidade de cuidados de saúde personalizados; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de saúde pública; e Unidade de recursos assistenciais partilhados (Artigo 7.º, Decreto - Lei nº137/3013). Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais (Artigo 8.º, Decreto - Lei nº137/3013).

Relativamente à UCC, esta é responsável pela prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social em contexto domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de doença, de maior risco, de dependência física e funcional, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (Artigo 11.º, Decreto - Lei

nº137/3013). A UCC encontra-se integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Esta rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, apoio social, e cuidados paliativos, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais (Artigo 2.º, Decreto-Lei nº101/2006). Tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade se encontram em situação de dependência (Artigo 4.º, Decreto-Lei nº101/2006).

A prestação de cuidados integrados é assegurada por: a) Unidades de internamento, designadamente, Unidades de convalescença, Unidades de média duração e reabilitação, Unidades de longa duração e manutenção, e Unidades de cuidados paliativos; b) Unidades de ambulatório, que dizem respeito a unidades de dia e de promoção da autonomia; c) Equipas hospitalares, nomeadamente, Equipas de gestão de altas, e Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos; d) Equipas domiciliárias, designadamente, ECCI e Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. (Artigo 12.º, Decreto-Lei nº101/2006).

A ECCI é uma equipa multidisciplinar constituída pela UCC, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Artigo 27.º, Decreto-Lei nº101/2006).

É da responsabilidade da ECCI assegurar: a) cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares, considerando as necessidades clínicas detetadas; b) cuidados de fisioterapia; c) apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; d) educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; e) apoio na satisfação das necessidades básicas; f) apoio no

desempenho das atividades da vida diária; g) apoio nas atividades instrumentais da vida diária; h) coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais. (Artigo 28.º, Decreto-Lei nº101/2006).

Relativamente à ECCI, esta equipa faz parte do ACES e Lisboa Ocidental e Oeiras, e presta cuidados de saúde aos utentes e famílias residentes nas freguesias de Algés, Carnaxide, queijas, Cruz-Quebrada/Dafundo e Linda-a-Velha.

A ECCI tem capacidade para prestar cuidados a 25 utentes em regime domiciliário, com os seguintes critérios: a) utentes dependentes para a realização das atividades de vida diárias; b) utentes que necessitam de cuidados diferenciados prestados por uma equipa multidisciplinar; c) utentes que necessitam de cuidados paliativos ou cuidados em fim de vida; d) utentes que tiveram alta recente de internamento hospitalar ou de outra unidade de saúde. Tem como objetivos garantir a melhor qualidade de vida ao utente/família em situações de dependência; apoiar e desenvolver o autocuidado em ambiente familiar; colaborar de forma ativa na recuperação do utente promovendo a sua autonomia e prevenindo complicações; articular com outros serviços existentes na comunidade.

A ECCI Cuidar⁺ é constituída por uma equipa multidisciplinar de nove enfermeiros, dois médicos, duas assistentes sociais, e uma psicóloga. Quanto aos enfermeiros, estão na prestação direta de cuidados sete, três dos quais enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, sendo que cada enfermeiro é responsável pela gestão de caso de seis utentes.

Entende-se por gestão de caso o processo que articula participações técnicas individualizadas e de colaboração para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços destinados a dar resposta às necessidades de pessoas mais vulneráveis, com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde (Gonzales, Casarin, Caliri, Sasaki, Monroe & Villa, 2003).

Os utentes são referenciados para a ECCI Cuidar⁺ mediante proposta dos respetivos médicos do ACES ou através da equipa de gestão de altas do hospital da área de referência. Após referenciação do utente para a ECCI

Cuidar⁺ é agendada uma visita domiciliária, sempre que possível em conjunto com o médico, enfermeiro e assistente social, para realizar a avaliação clínica e social do utente. Assim, nesta primeira visita domiciliária pretende-se conhecer o cuidador informal do utente, recolher informações sobre o utente/família, e elaborar um plano individual de intervenção, de forma a responder às necessidades físicas, psíquicas e sociais do utente.

O plano individual de intervenção consiste no levantamento de necessidades e identificação de problemas, no planeamento de objetivos e estratégias a implementar. Quinzenalmente a equipa multidisciplinar reúne para aferir o plano individual de intervenção, adequando às necessidades e evolução do utente.

Decorridas três semanas de estágio (oito turnos), considero que a minha integração na equipa correu da melhor forma. Comparativamente à integração no serviço de pneumologia senti menos receios e maior confiança nas minhas capacidades, contudo a área de atuação da ECCI é muito distinta da minha realidade profissional, pelo que tem sido uma experiência muito enriquecedora.

Este período de integração permitiu-me perceber melhor a organização, dinâmica e rotinas específicas desta equipa, tendo o meu enfermeiro orientador e a restante equipa demonstraram sempre disponibilidade para me esclarecer. Durante este período constatei que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desenvolve um papel determinante para o bom funcionamento da equipa multidisciplinar, sendo frequentemente solicitado para dar pareceres relativos à prestação de cuidados e às situações específicas de cada utente e família.

No decorrer destas três semanas tive oportunidade de observar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no meio ambiente do doente. Diariamente o enfermeiro realiza cerca de cinco a seis visitas domiciliárias, com duração variável, embora a média seja de uma hora por sessão. Tive desde logo oportunidade de intervir junto do utente, inicialmente sob orientação do enfermeiro e posteriormente com maior grau de autonomia. Em termos de intervenções de enfermagem de reabilitação realizei com os utentes alguns exercícios de reeducação funcional respiratória; mobilizações passivas, ativo-assistidas e ativas; exercícios de fortalecimento

muscular dos membros inferiores e superiores; treino de marcha; treino de escadas; treino de equilíbrio de pé e sentado; e atividades terapêuticas.

Na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação procurei também promover o máximo de independência na realização das atividades de autocuidado, envolvendo sempre que possível a família ou cuidadores neste processo. Acredito ter conseguido estabelecer uma relação terapêutica com alguns utentes e famílias, e fui bem aceite enquanto aluna de enfermagem de reabilitação, no entanto devo dizer que não é tarefa fácil, pois é necessário tempo para se estabelecer uma relação efetiva e de confiança.

Considerando as patologias mais frequentes dos utentes da ECCI, nomeadamente AVC, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, neoplasias, demências, bem como as sequelas e limitações decorrentes das mesmas, verifiquei que a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na comunidade é determinante para maximizar a independência funcional dos utentes. Uma vez que esta intervenção promove o desenvolvimento de estratégias adaptativas par contornar ou ultrapassar as limitações ou dificuldades sentidas.

Bibliografia

Decreto - Lei nº101/2006 de 6 de Junho (2006). Diário da República I Série - A, nº109 (6 de Junho de 2006) 3856-3865.

Decreto - Lei nº137/3013 de 7 de Outubro (2013). Republicação do Decreto - Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República 1ª Série, nº193 (7 de Outubro de 2013) 6050-6061.

Gonzales, R.I.C., Casarin, S.N.A., Caliri, M.H.L., Sasaki, C.M., Monroe, A.A. & Villa, T.C.S. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (2): 227-231.



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

2º JORNAL DE APRENDIZAGEM

ECCI

Sandra Gomes, nº 5499

Enfermeira Orientador: Porfírio Guedes

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Janeiro 2015

Neste segundo jornal de aprendizagem, no âmbito ao estágio na ECCI Cuidar⁺, considero pertinente começar por abordar e explorar o tema da relação terapêutica, uma vez que no jornal de aprendizagem anterior referi que estabelecer uma boa relação terapêutica com os utentes e respetivas famílias é um processo complexo.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, sendo que esta relação se desenvolve e fortalece ao longo de um processo dinâmico, tendo como objetivo ajudar o utente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A prestação de cuidados de enfermagem no contexto comunitário difere de outros contextos, essencialmente, pela prestação de cuidados se realizar no meio ambiente do utente. Considerando que a minha experiência profissional se restringe ao contexto hospitalar, este estágio tem-me permitido observar o utente numa perspetiva mais abrangente e completa. No meio hospitalar o foco central dos cuidados, em muitos casos, ainda é regido pelo modelo biomédico, sendo a prioridade tratar a doença. Na comunidade a intervenção do enfermeiro é mais abrangente, pois tem em conta as diferentes dimensões do utente enquanto pessoa, na medida em que permite observar e compreender o contexto em que o utente se encontra inserido.

Portanto, a prestação de cuidados de saúde ou de natureza social no ambiente de vida do utente e família, permite uma maior proximidade do enfermeiro com a família, sendo este o melhor meio de conhecer a família no seu contexto habitacional, relacional, estrutural e redes de apoio (Rice, 2004). Neste âmbito de intervenção o enfermeiro deve ser detentor de competências técnicas, relacionais, de comunicação, capacidade de avaliação e diagnóstico, capacidade de documentação eficaz, discernimento, flexibilidade e pensamento crítico/criativo (Rice, 2004).

O enfermeiro desempenha um papel facilitador no processo de autodeterminação do utente e família/cuidador para o cuidado, mediante a sua instrumentalização na prestação de cuidados, verificação dos recursos existentes, e gestão dos cuidados a prestar em parceria com utente e

família/cuidador (Lacerda, 2010). Neste processo o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança reveste-se de grande importância, uma vez que é determinante para a adesão do utente e familiares/cuidadores aos cuidados prestados.

Para ilustrar o referido saliente o caso de uma utente de 78 anos, com diagnóstico de Alzheimer, acamada, com rigidez articular acentuada, alimentada por SNG, muito emagrecida, com incontinência de esfíncteres, úlcera de pressão de categoria III na região sacrococcígea. A utente foi referenciada para a ECCI para controlo de sintomas, prevenção e tratamento de úlceras de pressão e para redução da rigidez articular. O cuidador principal da utente é o marido (76 anos), que conta com a colaboração de uma empregada doméstica no período da manhã de segunda a sexta.

Esta utente começou a ser acompanhada por uma enfermeira da ECCI, que por sentir dificuldade em obter a colaboração do cuidador aos cuidados pediu apoio ao meu enfermeiro orientador. Inicialmente o cuidador apresentava muita renitência às indicações dadas pelos enfermeiros, reagindo mesmo com alguma agressividade. Conseguiu-se perceber que este cuidador, um ex-militar reformado, não reagia bem a indicações muito prescritivas, por considerar que eram uma crítica aos cuidados que prestava à esposa.

Gradualmente o enfermeiro durante as visitas domiciliárias foi fazendo algumas sugestões, que mediante justificação da sua pertinência, o cuidador acabou por aceitar, nomeadamente a contratação de apoio domiciliário para cuidados de higiene e conforto duas vezes dia e aquisição de um colchão de pressão alternada. Durante este processo o enfermeiro utilizou uma estratégia de reforço positivo constante, valorizando o desempenho do cuidador na prestação de cuidados, e simultaneamente alertando para o que poderia fazer melhor em determinadas situações. Assim, a atitude do cuidador deixou de ser tão defensiva, mostrando progressivamente maior disponibilidade para ouvir e atender às recomendações feitas pelo enfermeiro. A sua atuação na prestação de cuidados melhorou consideravelmente, principalmente no que se refere ao cumprimento dos horários das refeições e de reforço hídrico, e na realização de alternância de decúbitos.

Nesta situação conseguiu-se estabelecer uma relação terapêutica efetiva e de parceria que veio contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à utente.

No que concerne a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade, tenho constatado a importância da sua intervenção na optimização das capacidades do utente e família/cuidador, e na adaptação do utente e família/cuidador à situação atual.

A reabilitação na comunidade tem como objectivos essenciais assegurar que as pessoas mantenham a sua saúde, e assegurar que as pessoas com doença crónica possam desenvolver ao máximo as suas capacidades físicas e mentais, de forma a garantir o acesso aos serviços e às mesmas oportunidades (APER, 2010). No âmbito das unidades ou equipas de cuidados continuados integrados, o enfermeiro de reabilitação tem competências para promover e potencializar a capacidade de reabilitação de cada pessoa ou ajudar a lidar com as incapacidades e desvantagens (APER, 2010). Deste modo, em contexto comunitário o enfermeiro de reabilitação assume um papel fulcral a vários níveis: 1) colaboração na avaliação das necessidades de ajudas técnicas, indispensáveis à promoção da autonomia; 2) avaliação das condições habitacionais e orientação para as alterações necessárias na estrutura física; 3) desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doença/morbilidade junto dos indivíduos, família e ou cuidadores informais (APER, 2010).

De forma a demonstrar o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para a obtenção de ganhos sem saúde, destaco o caso de um utente de 78 anos, que foi referenciado para a ECCI para fortalecimento muscular dos membros inferiores, após internamento hospitalar. Este utente alcançou os objetivos traçados no Plano Individual de Intervenção, pelo que teve esta semana alta da ECCI. Tive oportunidade de acompanhar este utente ao longo do estágio, e observar a sua evolução.

Com este utente realizei mobilizações ativas dos diferentes segmentos dos membros superiores: dedos da mão (flexão, extensão; adução, abdução; oposição); punho (flexão, extensão; desvio radial, desvio cubital; circundução); antebraço (pronação, supinação); cotovelo (flexão, extensão); e

escapulo-umoral (elevação, depressão; adução, abdução; rotação interna e externa). E mobilizações ativas dos diferentes segmentos dos membros inferiores: dedos dos pés (flexão, extensão; adução, abdução); tibiotársica (dorsiflexão, flexão plantar, inversão, eversão); joelho (flexão, extensão); e coxo-femural (flexão, extensão; adução, abdução; rotação interna e externa).

O utente apresentava equilíbrio estático e dinâmico sentado, bem como equilíbrio estático de pé, no entanto o equilíbrio dinâmico de pé era instável. Por este motivo a marcha era feita com auxílio de andarilho. Foi feito treino de marcha com o utente, e exercícios de treino de equilíbrio apoiando as mãos nas costas de uma cadeira. Progressivamente o utente foi adquirindo maior equilíbrio dinâmico de pé e maior segurança na marcha, tendo passado a realizar o treino de marcha sem andarilho. Posteriormente iniciou-se o treino de escadas, com sucesso, uma vez que o utente vivia num 2º andar sem elevador.

Saliento ainda, a situação de outro utente, cuja alta da ECCL está prevista para a próxima semana, uma vez que também neste caso, os objetivos traçados no Plano Individual de Intervenção foram alcançados. Trata-se de um utente de 86 anos, com doença arterial periférica, que em Janeiro de 2014 foi amputado pelo 1/3 superior da coxa esquerda e em Junho de 2014 foi amputado abaixo do joelho do membro inferior direito. Esteve internado na Casa de Saúde da Idanha e foi referenciado para a ECCL para continuação do programa de reabilitação. O enfermeiro, gestor de caso deste utente, esteve ausente durante os últimos dias, tendo ficado responsável pela prestação de cuidados, nesta semana, o meu enfermeiro orientador.

O utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado, e desloca-se em cadeira de rodas de forma independente. Tive oportunidade de treinar com o utente a transferência do leito para cadeira de rodas e vice versa, com auxílio de tábua de transferência, que o utente já realiza de forma autónoma e com maior segurança. Foi também realizado treino de push-up, com recurso ao suporte em triângulo da cama articulada. E foram ainda realizadas mobilizações ativas resistidas do punho (flexão, extensão; desvio radial, desvio cubital; circundução), do antebraço (pronação, supinação), do cotovelo (flexão, extensão); e da escapulo-umoral (elevação, depressão; adução, abdução; rotação interna e externa), com bom desempenho do utente.

As situações descritas anteriormente mostram sem dúvida, que a intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio contribui para a capacitação do utente de acordo o seu potencial de reabilitação, e para a promoção da autonomia no autocuidado.

Não posso deixar de referir que esta semana tive oportunidade de fazer a avaliação inicial de uma utente, que foi referenciada para a ECCI para realização de reabilitação motora, com o intuito de recuperar a autonomia na marcha. Esta utente, a 15 de Dezembro de 2014, foi submetida a cirurgia: Revisão de Artroplastia total da anca esquerda cimentada.

A utente desloca-se maioritariamente em cadeira de rodas, mas já tem indicação médica para fazer carga durante a marcha no membro inferior esquerdo, tendo já iniciado marcha com andarilho no hospital. Procedeu-se à avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala *Medical Research Council*. Assim, em todos os segmentos dos membros superiores e do membro inferior direito apresenta força muscular de 5/5, no membro inferior esquerdo apresenta força muscular de 3/5 em todos os segmentos. Foi avaliado o equilíbrio, e a utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado, com instabilidade no equilíbrio dinâmico de pé.

Foram também avaliadas as condições habitacionais. A utente reside num segundo andar, sem elevador, com boas condições habitacionais. As divisões do apartamento, à exceção da casa de banho, são amplas permitindo que a utente se desloque em cadeira de rodas e com auxílio do andarilho. No que diz respeito à casa de banho, esta tem banheira com cadeira de banho giratória, no entanto o acesso à sanita com o andarilho é difícil.

A utente reside com um irmão de 82 anos, tem apoio de uma empregada doméstica no período da manhã, para a realização dos cuidados de higiene e conforto e preparação da alimentação, e conta ainda com o apoio da filha ao final do dia.

Iniciou-se um programa de reabilitação para fortalecimento muscular, com mobilizações ativas dos diferentes segmentos dos membros superiores: dedos da mão (flexão, extensão; adução, abdução; oponência); punho (flexão, extensão; desvio radial, desvio cubital; circundução); antebraço (pronação,

supinação); cotovelo (flexão, extensão); e escapulo-umoral (elevação, depressão; adução, abdução; rotação interna e externa). Mobilizações ativas dos segmentos do membro inferior direito: dedos dos pés (flexão, extensão; adução, abdução); tibiotársica (dorsiflexão, flexão plantar, inversão, eversão); joelho (flexão, extensão); e coxofemural (flexão, extensão; adução, abdução; rotação interna e externa). Mobilizações assistidas do membro inferior esquerdo: dedos dos pés (flexão, extensão; adução, abdução); tibiotársica (dorsiflexão, flexão plantar, inversão, eversão); joelho (flexão, extensão); e coxo-femural (flexão até 45°, extensão; abdução; rotação interna). Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio, e foi feito treino de marcha com andarilho.

A experiência vivenciada com esta utente permitiu-me desenvolver competências no âmbito da reabilitação da pessoa com alterações motoras. Considero que adquiri maior autonomia no planeamento e implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação, tendo para tal contribuído o conhecimento transmitido pelo enfermeiro orientador e a pesquisa bibliográfica realizada, após identificação das necessidades de aprendizagem.

Bibliografia

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido a 22/01/2015. Disponível em: http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf.

Lacerda, M. R. (2010). Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. *Ciência e saúde colectiva*. Curitiba, 15 (5): 2621-2626.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Acedido a 22/01/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários. Conceitos e Aplicação* (3ª ed). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

APÊNDICE III

Panos de cuidados elaborados no âmbito do estágio
no serviço de Pneumologia



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

1º PLANO DE CUIDADOS

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Sandra Gomes, nº 5499

Enfermeira Orientadora: Elisabete Amaral

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Outubro 2014

COLHEITA DE DADOS

Data de admissão: 09/10/2014

Identificação da utente: Sr.^a L. S.

Idade: 65 anos

Raça: Caucasiana

Profissão: Reformada, trabalhava como administrativa na área das telecomunicações

Estado Civil: Casada

Residência: Carnaxide

Agregado familiar: Vive com o marido, não tem filhos. Tem apoio de uma sobrinha.

Motivo de internamento: doente com diagnóstico médico de DPOC Agudizada e Bronquiectasias infetadas, internada para realização de antibioterapia endovenosa por *Pseudomonas Aeruginosas* na expetoração.

História da doença atual: doente recorreu ao serviço de urgência no dia 29/9/2014 por apresentar aumento de tosse com expetoração mucopurulenta, esverdeada, e realizou colheita de expetoração para exame bacteriológico. Ficou com consulta de pneumologia marcada para dia 9/10/2014. O resultado do exame bacteriológico da expetoração revelou *Pseudomonas Aeruginosas*, pelo que dá entrada no serviço de pneumologia cerca das 15h.

História Progressa: doente com antecedentes pessoais de DPOC; Bronquiectasias; Hipotiroidismo; Colite (intolerância à lactose); história de Hemoptises (com internamento); ex-fumadora de 20 UMA (Unidade Maço Ano), iniciou consumo tabágico aos 20 anos, e deixou de fumar aos 45 anos por recomendação médica. Seguida na consulta de pneumologia do Hospital de Santa Maria, com história de infeções respiratórias anteriores por *Pseudomonas Aeruginosas*. Realiza reabilitação respiratória há 17 anos. Sem alergias conhecidas.

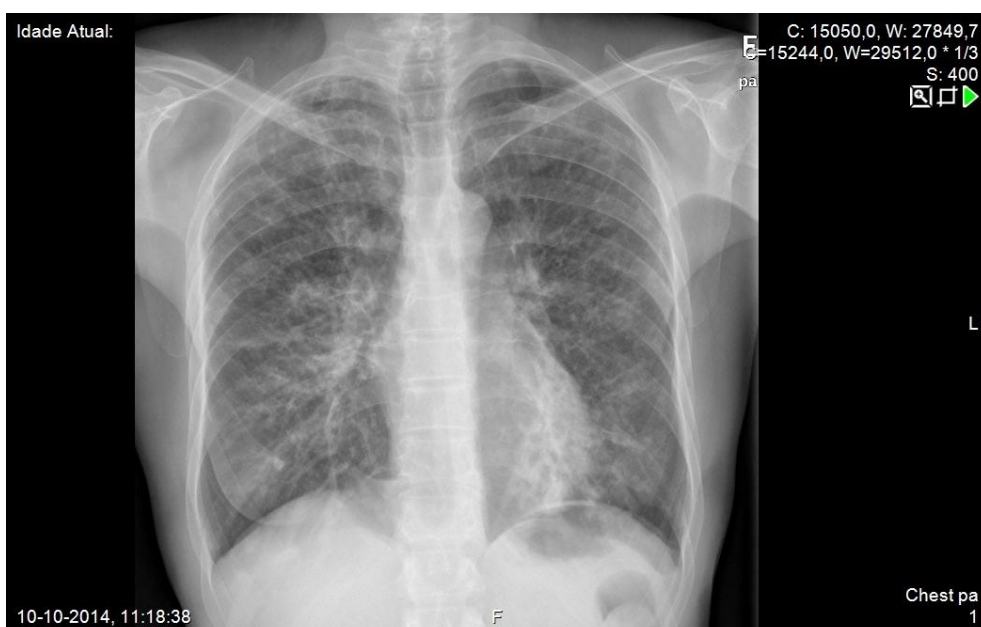
História social: doente reside com o marido em apartamento próprio, num 6º andar com elevador. Boas condições habitacionais.

Medicação Habitual: seretaide; spiriva; venlafaxina 75mg; letter 0,1mg; fluimucil; activelle; oslif.

Exames complementares de diagnóstico

Radiografia do tórax: do pulmão esquerdo apresenta menos zonas de hipotransparência, o que revela menos condensação/existência de secreções.

➤ Segundo diário clínico Radiografia do tórax sobreponível ao anterior.



➤ Gasimetria Arterial: Ph: 7.41; PaO₂: 73.3; PaCO₂: 39.9; HCO₃: 25.1; Saturação O₂: 94%.

➤ Análises laboratoriais:

	10/10/2014	14/10/2014
Hemoglobina	13.7	13
Hematocrito	42.1	40.3
Volume globular médio	99.9	99.9
Leucócitos	8.70	8.79
Plaquetas	392	381
Osmolaridade	274	279
PCR	1.03	1.48

➤ Eletrocardiograma: Ritmo sinusal, normocárdica (63bpm).

Medicação no Internamento: Cloreto de sódio 0,9% 500 ml/id; Piperacilina+Tazobactam 4,5 gr; Acetilcisteína 600 mg 1x id; Salbutamol Aerossol 4 puffs 6/6h; Brometo Ipatropio Aerossol 4 puffs 6/6h; Beclometasona Aerossol 2 puffs 12/12h; Levotiroxina 0,1 mg 1x id; Venlafaxina 75 mg; Paracetamol 1gr em SOS; Captopril 25 mg, se TA maior que 160/90 mmHg; Enoxaparina Sódica 40 mg 1xid.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DIA 13/10/2014

A avaliação de enfermagem da Sr.^a C.M. será apresentada segundo o modelo teórico do Autocuidado de Dorothea Orem.

A Sr.^a L.S. está consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa.

Sem alterações do estado mental.

Pele e mucosas coradas, hidratadas.

Sem edemas periféricos.

Sinais Vitais:

TA: 119/65 mmHg

FC: 65 bpm, pulso rítmico e cheio

FR: 18 ciclos/min, padrão respiratório misto; simétrico; ritmo regular; amplitude mantida; saturação 94% sem aporte adicional de O₂

Apirética

Dor: nível zero

Escala de Borg Modificada: em repouso intensidade zero.

Avaliação do Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Avaliação	Sistema de Enfermagem
<p>Manutenção de inspiração de ar suficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dispneia a esforços. 	<p><u>Avaliação da função respiratória:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ventilação espontânea. ➤ Simetria torácica mantida. ➤ Padrão respiratório misto. ➤ Ritmo regular. ➤ Amplitude mantida. ➤ Acessos de tosse, dificuldade na eliminação de secreções mucopurulentas, esverdeadas, espessas, e em moderada quantidade. ➤ À palpação não apresenta alterações (expansibilidade torácica mantida; simetria nos movimentos respiratórios; vibrações vocais mantidas). ➤ Na auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido no terço superior do hemitórax esquerdo e direito; murmúrio vesicular mantido no terço; murmúrio vesicular diminuído no terço inferior do hemitórax esquerdo e direito, com presença de roncosp e frevores sub-crepitantes. ➤ Radiografia torácica: apresenta zonas de hipotransparência, o que revela menos condensação/existência de secreções. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema parcialmente compensatório ➤ Sistema de apoio e ensino

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gasometria arterial: Ph: 7.41; PaO2: 73.3; PaCO2: 39.9; HCO3: 25.1. ➤ Avaliação da dispneia pela escala de Borg modificada. A doente refere dispneia de intensidade 1, que se instala após realização de alguns esforços. 	
Manutenção de uma ingestão suficiente de água	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Doente refere ingerir cerca de 1litro ou 1,5 litro de água. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem alteração do padrão habitual 	
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A doente confeciona os próprios alimentos, faz cerca de cinco refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia). ➤ Intolerante à lactose. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No internamento é fornecida dieta geral sem lactose. Apetite mantido. 	
Manutenção de padrão de eliminação adequado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem alteração. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A doente apresenta continência dos esfíncteres, utiliza o WC, independente. ➤ Padrão de eliminação intestinal habitual mantido no internamento. Sem necessidade de administração de laxantes. 	
Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Doente refere dormir cerca de 7/8h por noite. ➤ Limitação na realização de algumas atividades de autocuidado, por dispneia a esforços. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A doente não refere alterações significativas do padrão habitual de sono. Sem necessidade de realizar medicação. ➤ Para avaliação das atividades que a doente tem dificuldade em realizar por dispneia, foi aplicada a Escala London Chest Activit of Dail Living. Doente refere ficar moderadamente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema parcialmente compensatório ➤ Sistema de apoio e ensino

		com dispneia a “calçar sapatos/meias”; a “mudar o lençol da cama”, a “subir escadas”, e a “inclinar-se”; é substituída por terceiros em atividades como: “lavar a cabeça”, “utilizar o aspirador/varrer”, “lavar janelas/cortinados”, e “limpeza/limpar o pó”.	
Interação social e solidão	➤ Sem alteração.	➤ Mantém vida social ativa.	
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	➤ Sem alteração.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Doente cessou atividade tabágica há 20 anos. Nega consumo de bebidas alcoólicas. ➤ Avaliado o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, tendo-se obtido a pontuação de 22 na escala de Braden, ou seja, apresenta baixo risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. 	
Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	➤ Doente refere que a dispneia não limita a sua interação social, no entanto refere que quando sai de casa, e pelo facto de morar numa zona com muitos declives, utiliza com muita frequência o automóvel para se deslocar.	➤ Aplicado o teste COPD Assessement Test – CAT, para avaliação do impacto da DPOC no bem-estar e no quotidiano da pessoa com DPOC. Obteve-se uma pontuação de 12, ou seja, a DPOC tem um impacto moderado no bem estar e no quotidiano da doente.	➤ Sistema de apoio e ensino

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento

A doente reside com o marido, não tem filhos, e sempre que necessita também tem apoio da sobrinha. Sem condicionamentos na vida social. Tem vindo a sentir maior cansaço na realização de algumas atividades de vida diárias, nomeadamente, na lavagem do cabelo, pelo que vai ao cabeleireiro duas vezes por semana, e na realização das limpezas em casa, pelo que contratou uma empregada duas vezes por semana.

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde

A Sr.^a L.S. apresenta uma DPOC com episódios recorrentes de infeção respiratória por *Pseudomonas Aeruginosas*. O episódio de agudização atual acompanhado de Bronquiectasias infetadas motivou o internamento para realização de antibioterapia. Doente apresenta aumento de tosse com secreções mucopurulentas, esverdeadas, espessas, em moderada quantidade.

RESUMO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- ❖ Ventilação comprometida, relacionada com DPOC Agudizada e Bronquiectasias infetadas, manifestada por hipoxémia (PaO₂ 73,3) e dispneia a esforços.
- ❖ Limpeza ineficaz das vias aéreas, relacionada com DPOC Agudizada e Bronquiectasias infetadas, manifestada por estase de secreções mucopurulentas espessas, e dificuldade em expelir.
- ❖ Mobilidade comprometida, relacionada com DPOC Agudizada, manifestada por dificuldade na realização de atividades de autocuidado.

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
<p>I) Ventilação comprometida, relacionada com DPOC Agudizada e Bronquiectasias infetadas, manifestada por hipoxémia (PaO2 73,3) e dispneia a esforços.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorar a eficiência da ventilação alveolar. 2. Corrigir os defeitos ventilatórios. 3. Fortalecer a musculatura respiratória. 4. Promover a expansão pulmonar e torácica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico da doente. - Observação da Radiografia do tórax. - Análise da gasimetria arterial. - Realização da auscultação pulmonar antes e depois do programa de RFR. - Avaliação e registo antes e depois do programa de RFR, de: <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais (pulso, frequência respiratória, saturações, tensão arterial, dor); • Padrão respiratório (amplitude, ritmo e frequência); • Sinais de dificuldade respiratória (cianose, tiragem, adejo nasal). - Avaliação da dispneia através da utilização da escala de Borg Modificada, antes e depois do programa de RFR. - Planeamento das sessões de RFR em parceria com a doente, considerando a sua capacidade de compreensão, aprendizagem e o seu grau de tolerância ao esforço. - Fornecer informação acerca de todas as ações e procedimentos que se irão realizar. 	<p><u>13/10/2014</u></p> <p>Sinais Vitais no início da sessão: TA: 119/65 mmHg FC: 65 bpm FR: 18 ciclos/min, respiração mista, com, saturação de 94% sem aporte adicional de oxigénio; ritmo regular; amplitude mantida; sem sinais de dificuldade respiratória.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliada escala de Borg modificada: dispneia de intensidade 0. - À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido no terço superior do hemitórax esquerdo e direito; murmúrio vesicular mantido no terço médio do hemitórax direito; murmúrio vesicular diminuído no terço inferior do hemitórax esquerdo e direito, com presença de roncos e frevores sub-crepitantes. - Incentivada a assumir posição de descanso e relaxamento. Tomada de consciência da respiração com controlo e dissociação dos tempos respiratórios. - Realizados exercícios de tipo abdominodiafragmático (porção posterior e

	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente calmo, tranquilo, e com privacidade. - Ensino sobre posição de relaxamento e descanso. - Promoção da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios (inspirações profundas pelo nariz e expirações lentas pela boca). - Realização de exercícios de reeducação abdomino-diafragmática: <ul style="list-style-type: none"> • Global; • Reeducação do diafragma (porção anterior e posterior) inicialmente sem resistência, introdução progressiva da resistência se a doente tolerar; • Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda. - Realização de exercícios de reeducação costal: <ul style="list-style-type: none"> • Seletiva da porção lateral (direita e esquerda) com abertura costal; • Seletiva antero-lateral (direita e esquerda) sem resistência. • Global com bastão. - Execução dos exercícios numa série de 10 repetições, com aumento progressivo de acordo com a tolerância da doente. - Ensino sobre posições de descanso e de 	<p>hemicúpulas) em sequências de 10. Exercícios de reeducação costal (global com bastão, seletiva das porções laterais com abertura costal), em sequências de 10.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boa adesão da doente aos exercícios realizados, avaliada escala de Borg modificada no final da sessão, dispneia de intensidade 0,5. - Sinais vitais estáveis no final da sessão. <p><u>14/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedeu-se à avaliação dos sinais vitais, das características da respiração, e realização da auscultação pulmonar, sem alterações significativas em relação ao dia anterior. - Escala de Borg Modificada: dispneia de intensidade 0. - Foi incentivada a assumir posição de descanso e relaxamento. Tomada de consciência da respiração com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, iniciou exercícios de tipo abdominodiafragmático (porção posterior, hemicúpula direita e esquerda). Introduzida resistência de um 1kg para trabalhar a porção posterior, que a doente tolerou. Sequências de 10. - Exercícios de reeducação costal (global com bastão, seletiva das porções laterais com abertura costal). Iniciados exercícios costais
--	---	--

		<p>alívio da dispneia, e respiração com lábios semicerrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar reforço positivo durante a realização dos exercícios. - Validar com a doente os ensinamentos realizados demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios. - Fornecer o panfleto existente no serviço, com os exercícios de RFR que pode realizar sozinha. - Realização dos registos de enfermagem de reabilitação em folha própria. 	<p>seletivos antero-laterais (direita e esquerda) sem resistência. Sequências de 10.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliada escala de Borg modificada no final da sessão: dispneia de intensidade 0,5. - Sinais vitais estáveis no final da sessão. <p><u>15/10/2014 e 16/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Feita avaliação dos sinais vitais e das características da respiração sem alterações significativas em relação ao dia anterior. Auscultação apresenta roncosp dispersos audíveis nos 1/3 inferior de ambos os campos pulmonares. - Escala de Borg Modificada: dispneia de intensidade 0. - Foi incentivada a assumir posição de descanso e relaxamento. Tomada de consciência da respiração com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, iniciou exercícios de tipo abdominodiafragmático (porção anterior, posterior, hemicúpula direita e esquerda). Resistência de um 1kg para trabalhar a porção posterior. Sequências de 15. Exercícios de reeducação costal (global com bastão, seletiva das porções laterais com abertura costal, e antero-laterais. Sequências de 15. Doente tolerou. - Escala de Borg Modificada: dispneia de
--	--	---	---

			intensidade 0,5. - Sinais vitais estáveis no final da sessão.
<p>II) Limpeza ineficaz das vias aéreas, relacionada com DPOC Agudizada e Bronquiectasias infectadas, manifestada por estase de secreções mucopurulentas espessas, e dificuldade em expelir.</p>	<p>- Promover a limpeza das vias aéreas.</p> <p>- Manter as vias aéreas permeáveis.</p>	<p>- Consulta do processo clínico do doente.</p> <p>- Observação de Radiografia do tórax</p> <p>- Observação da gasometria arterial e resultado de colheita de expetoração efetuada.</p> <p>- Realização da auscultação pulmonar.</p> <p>- Posições de drenagem postural modificada tendo em conta a tolerância da doente.</p> <p>- Incentivo à utilização de movimentos respiratórios profundos com ênfase na fase expiratória.</p> <p>- Ensino e treino sobre a tosse dirigida.</p> <p>- Introduzir dispositivos de ajuda, como o Flutter, monitorizando a sua utilização.</p> <p>- Avaliação das características da expetoração</p> <p>-- Avaliação e registo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais (pulso, frequência respiratória, saturações, tensão arterial); • Padrão respiratório (amplitude, ritmo e frequência); • Sinais de dificuldade respiratória (cianose, tiragem, adejo nasal). <p>- Incentivo à ingestão hídrica.</p>	<p><u>13/10/2014</u></p> <p>- Avaliação de sinais vitais, padrão respiratório, auscultação e RX tórax descritos no diagnóstico anterior.</p> <p>- Colheita da expetoração de 29/10 positiva para Pseudomonas Aeruginosas.</p> <p>- Durante a realização dos exercícios de reeducação funcional respiratória, verificou-se a eliminação de expetoração mucopurulenta, esverdeada, espessa, em moderada quantidade.</p> <p>- Compreensão aparente dos ensinamentos realizados sobre o mecanismo da tosse.</p> <p>- Realizou diariamente posições de drenagem postural modificada.</p> <p>- Doente ingere cerca de 1litro de água por dia.</p> <p><u>14/10/2014</u></p> <p>- Doente cumpriu o programa de exercícios de reeducação funcional respiratória. Foi introduzido o Flutter explicando o objetivo da sua utilização e foi realizado ensino acerca da técnica de utilização.</p> <p>- Verificou-se eliminação de expetoração mucopurulenta, esverdeada, espessa em</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Validar com a doente os ensinamentos realizados demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios. - Realização dos registos de enfermagem de reabilitação em folha própria. 	<p>maior quantidade que no dia anterior.</p> <p><u>15/10/2014 e 16/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - À auscultação pulmonar, apresenta roncocal menos audíveis no 1/3 inferior de ambos os campos pulmonares. - Realizou o programa de reeducação funcional respiratória já implementado. - Fez o Flutter, tendo realizado a técnica de forma correta. Verificou-se eliminação de expectoração mucopurulenta, com coloração mais clara e menos espessa, em moderada quantidade.
<p>III) Mobilidade comprometida, relacionada com DPOC Agudizada, manifestada por dificuldade na realização de atividades de autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar a sensação de dificuldade respiratória. - Reduzir o gasto de energia na realização de atividades de autocuidado - Melhorar a força muscular, mantendo a mobilidade articular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar à doente a importância do controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Ensino sobre posições de descanso e de alívio da dispneia. - Expiração com os lábios semicerrados - Fazer pausas consoante a necessidade da doente. - Realizar treino de marcha e escadas. - Ensinar, demonstrar e treinar técnicas de conservação de energia durante a realização das atividades de autocuidado. - Validar a compreensão e aplicação dos ensinamentos realizados e dos conhecimentos adquiridos por parte da doente. 	<p><u>13/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doente permanece grande parte do turno em repouso junto à sua unidade. - Refere cansaço devido aos acessos de tosse contínuos e na realização dos cuidados de higiene, nomeadamente na lavagem e secagem do cabelo, tendo sido substituída na realização desta atividade. - Feita aplicação da Escala London Chest Activit of Dail Living. A doente refere ficar dispneia moderada a “calçar sapatos/meias”; a “mudar o lençol da cama”, a “subir escadas”, e a “inclinarse”; é substituída por terceiros em atividades como: “lavar a cabeça”, “utilizar o aspirador/varrer”, “lavar janelas/cortinados”, e

	<p>- Melhorar a qualidade de vida da doente.</p>	<p>- Realização dos registos de enfermagem de reabilitação em folha própria, referindo os exercícios executados e a tolerância da doente.</p>	<p>“limpeza/limpar o pó”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizado ensino acerca de técnicas de conservação de energia, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Organização antecipada de todo o material necessário para o banho, uso de um banco para se sentar ao longo do banho, descanso dos cotovelos como apoio na realização de atividades dos membros superiores, secar-se e vestir-se sentada. • Adoptar posturas corretas na execução das atividades, por exemplo para calçar as meias e os sapatos deve sentar-se e colocar o pé em cima da perna oposta. • Para subir escadas inspirar lentamente enquanto está parada, depois subir alguns degraus enquanto expira lentamente. • Para fazer a cama dobrar os joelhos e manter a coluna direita, só passa para o outro lado da cama quando tiver tudo feito do primeiro lado. - Realizado treino de marcha com tolerância, (intensidade 0 na escala de Borg modificada). - Efetuado ensino acerca de posições de alívio da dispneia ao longo da marcha, às quais a doente não sentiu necessidade de recorrer. - Realizado treino de escadas, aplicada escala de Borg modificada antes e depois do exercício, intensidade 0 e 1, respetivamente.
--	--	---	--

			<p><u>14/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doente refere fazer uso de algumas das técnicas ensinadas (sentar-se para os cuidados de higiene, vestir-se sentada), continua a solicitar ajuda para a lavagem e secagem do cabelo. Refere que não lava o cabelo em casa, vai ao cabeleireiro duas vezes por semana. - Validados todos os ensinamentos efetuados anteriormente e explicitadas as vantagens da realização das técnicas de conservação de energia. - Realizado treino de marcha com tolerância, (intensidade 0 na escala de Borg modificada). - Realizado treino de escadas, aplicada escala de Borg modificada antes e depois do exercício, intensidade 0 e 0,5, respetivamente. <p><u>15/10/2014 e 16/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizado treino de marcha com tolerância, (intensidade 0 na escala de Borg modificada). - Realizado treino de escadas, aplicada escala de Borg modificada antes e depois do exercício, intensidade 0
--	--	--	---



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

2º PLANO DE CUIDADOS

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Sandra Gomes, nº 5499

Enfermeira Orientadora: Elisabete Amaral

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Novembro 2014

COLHEITA DE DADOS

Data de admissão: 14/10/2014

Identificação da utente: Sr. C.F

Idade: 68 anos

Raça: Caucasiana

Profissão: Reformado, trabalhava como gerente comercial.

Estado Civil: Casado

Residência: Charneca da Caparica

Agregado familiar: Vive com a esposa, tem uma filha.

Motivo de internamento: Agudização infecciosa da DPOC

História da doença atual: Doente recorreu à consulta de pneumologia do HSM no dia 14/10/2014 por apresentar agravamento progressivo da dispneia a esforços, com aumento da tosse e dificuldade em eliminar a expetoração, que o doente caracterizava de esverdeada. Realizou estudo funcional que mostrou hipoxémia (58,6) e foi incapaz de realizar prova de marcha, pelo que ficou internado no serviço de pneumologia, tendo dado entrada no serviço cerca das 20h.

História Progressiva: O Sr. C.F. foi fumador durante 23 anos, de 23 UMA (Unidade Maço Ano), iniciou consumo tabágico aos 12 anos, e deixou de fumar aos 35 anos, por iniciativa própria. Foi criador de pombos dos 12 anos aos 58 anos, seguido na consulta de pneumologia do HSM até há cerca de há 2 anos por DPOC, asma brônquica alérgica (ácaros/ pó de casa), e insuficiência respiratória parcial. Durante o período que não esteve sob vigilância médica apresentou duas exacerbações da DPOC. Tem ainda como antecedentes pessoais HTA, hiperuricemia, EAM em 2012, e doença dos três vasos. Desconhece alergias.

Condições habitacionais: Reside numa vivenda com dois andares. Boas condições habitacionais.

Medicação Habitual: Symbicort; Spiriva; Clopidogrel; Aspirina 100mg; Ramipril 5mg; Diltiazem 120mg; Ivabradina 5 mg; Epinitril 5 mg; Visacor 10mg; Nitromint em SOS.

Exames complementares de diagnóstico:

14/10/2014

Radiografia do tórax: visualiza-se ligeiro desvio da traqueia para a direita; horizontalização dos arcos costais; sinais de hiperinsuflação (diafragma retificado); obliteração de ambos os seios costo-frênicos; má definição do bordo esquerdo da silhueta cardíaca; zonas de hipotransparência heterogênia (condensação/existência de secreções).



Eletrocardiograma: Ritmo sinusal, normocárdico (77bpm).

Gasimetria Arterial: Ph: 7,42; PaO₂: 58,6; PaCO₂: 41,7; HCO₃: 26,4; Saturação O₂: 90,5%.

Análises laboratoriais: Hemoglobina 16,2; Hematocrito 48,9; Leucócitos 15,19; Plaquetas 203; PCR 0,99; LDH 335; CK 96; Proteínas totais 6,7; Albumina 3,4; Glicose 115; Creatitina 1,1.

15/10/2014

Gasimetria Arterial: Ph: 7.42; PaO₂: 74,2; PaCO₂: 36,3; HCO₃: 26,4; Saturação O₂: 95%.

Análises laboratoriais: Hemoglobina 15,1; Hematocrito 44,4; Leucócitos 10,56; Plaquetas 353; PCR 0,62; LDH 350; CK 214; Proteínas totais 7,3; Albumina 4,2; Glucose 145; Creatinina 1,2.

20/10/2014

TAC torácica – doente com DPOC com fenotipo misto, mas dominando o enfisema, com particular destruição do pulmão esquerdo, tornando-o pouco funcionante. Não há imagens de tromboembolismo pulmonar agudo ou crónico, nem de hipertensão pulmonar. Doença aterosclerótica das artérias coronárias. Bócio mergulhante à custa do lobo esquerdo da tiróide.

22/10/2014

Provas de função respiratória – obstrução brônquica e bronquiolar muito grave (FEV₁ 19; CVF 36; e após broncodilatador, FEV₁ 20; CVF 42).

Prova de marcha de 6 minutos – o doente conseguiu percorrer apenas 25% da distância prevista (= 126m).

23/10/2014

Gasimetria Arterial: Ph: 7.41; PaO₂: 71,2; PaCO₂: 40,2; HCO₃: 25,0; Saturação O₂: 96%.

Análises laboratoriais: Hemoglobina 15,9; Hematocrito 47,3; Leucócitos 16,25; Plaquetas 236; PCR 0,56; LDH 350; CK 128; Proteínas totais 6,6; Albumina 4,1; Glucose 115; Creatinina 1,1.

Medicação no Internamento: Amoxicilina/Ácido Clavulânico 2,2g 3x id; Azitromicina 50mg 1x id; Salbutamol Aerossol 4 puffs 4/4h; Brometo Ipratropio Aerossol 6 puffs 4/4h; Beclometasona Aerossol 2 puffs 12/12h; Ramipril 5mg 1x

id; Clopidogrel 75 mg 1x id; Aspirina 100mg 1x id; Diltiazem 120mg 1x id; Ivabradina 5 mg 1x id; NTG TD 5; Rosuvastatina 10 mg 1x id; Pantoprazol 20 mg 1x id; Sucralfato 3x id; Deflazacorte 25mg 3x id.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DIA 16/10/2014

A avaliação de enfermagem do Sr. C.R. será apresentada segundo o modelo teórico do Autocuidado de Dorothea Orem.

O Sr. C.R. está consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa.

Sem alterações do estado mental.

Pele e mucosas coradas, hidratadas.

Ligeiro edema maleolar bilateral.

Sinais Vitais:

TA: 154/83 mmHg

FC: 80 bpm, pulso rítmico e cheio

FR: 18 ciclos/minuto, padrão respiratório de predomínio torácico, simétrico, ritmo regular, amplitude mantida, saturação 94% com aporte adicional de O2 a 2l/m.

Apirético

Dor: nível zero

Escala de Gorg Modificada: em repouso intensidade zero

.

Avaliação do Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção de inspiração de ar suficiente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dispneia a pequenos esforços. 	<p><u>Avaliação da função respiratória:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ FR: 18 ciclos/minuto, saturação 94% com aporte adicional de O₂ a 2l/m. ➤ Simetria torácica mantida. ➤ Padrão respiratório com predomínio torácico. ➤ Ritmo regular. ➤ Amplitude mantida. ➤ Torax em barril. ➤ Acessos de tosse, dificuldade na eliminação das secreções, que o doente caracteriza de esverdeadas. ➤ Apresenta cansaço após a tosse. ➤ À auscultação apresenta murmúrio vesicular globalmente diminuído; com roncospersos e sibilos no terço superior do hemitórax esquerdo e direito. ➤ <u>Radiografia do tórax:</u> visualiza-se ligeiro desvio da traqueia para a direita; horizontalização dos arcos costais; sinais de hiperinsuflação (diafragma retificado); obliteração de ambos os seios costo-frénicos; má definição do bordo esquerdo da silhueta cardíaca; zonas de hipotransparência heterogénia (condensação/existência de secreções). ➤ <u>Gasimetria Arterial:</u> Ph: 7.42; PaO₂: 58,6; PaCO₂: 41,7; HCO₃: 26,4; Saturação O₂: 90,5%. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema parcialmente compensatório ➤ Sistema de apoio e ensino

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da dispneia pela escala de Borg modificada (Anexo I). O doente refere dispneia de intensidade 0 em repouso, sendo que a intensidade da dispneia aumenta com o esforço. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção de uma ingestão suficiente de água 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em casa, doente refere ingerir cerca de 1litro ou 1,5 litro de água 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingestão hídrica de cerca de 1litro de água diário no internamento. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em casa o doente faz cerca de cinco refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia). Apetite mantido. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No internamento inicialmente era fornecida dieta geral, mas por apresentar consecutivamente valores alterados de glicose, foi alterada dieta para geral diabética. ➤ Apetite mantido. ➤ Controle de glicemias três vezes dia. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção de padrão de eliminação adequado 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem alteração. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O doente apresenta continência dos esfínteres, utiliza o urinol. ➤ Padrão de eliminação intestinal habitual mantido no internamento. Sem necessidade de administração de laxantes. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limitação da manutenção da atividade por dispneia a pequenos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No internamento sem grandes alterações do padrão habitual de sono (6h), refere pontualmente sentir insónias. Sem necessidade de realizar medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema parcialmente compensatório

	<p>esforços, evitando sair de casa há cerca de um ano.</p> <p>➤ Doente refere dormir cerca de 6/7h por noite.</p>	<p>➤ Quanto à atividade física, e para avaliação das atividades que a doente tem dificuldade em realizar, devido à dispneia, foi aplicada a Escala London Chest Activit of Dail Living (Anexo II). Doente refere não ficar com falta de ar a “vestir a parte superior do tronco”, e a “calçar sapatos/meias”; refere ficar moderadamente com falta de ar a “enxugar-se”, “andar em casa”, e “inclinar-se”; doente refere ficar com muita falta de ar a “lavar a cabeça”, “sair socialmente”, e “subir escadas”; o doente é substituído por terceiros em atividades como: “lavar a loiça”, “utilizar o aspirador/varrer”, “fazer a cama”, “mudar o lençol da cama”, “lavar janelas/cortinados”, e “limpeza/limpar o pó”.</p>	<p>➤ Sistema de apoio e ensino</p>
<p>➤ Interação social e solidão</p>	<p>➤ Limitação na interação social por cansaço fácil a pequenos esforços, evitando sair de casa há cerca de um ano.</p>	<p>➤ No internamento sem défice em termos de interação social. Recebe visitas diárias da esposa.</p> <p>➤ Doente muito comunicativo, interagindo frequentemente com os doentes do quarto e profissionais de saúde.</p>	
<p>➤ Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p>	<p>➤ Sem alteração.</p>	<p>➤ Doente cessou atividade tabágica há 33 anos. Nega consumo de bebidas alcoólicas.</p> <p>➤ Avaliado o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, tendo-se obtido a pontuação de 20 na escala de Braden (Anexo III), ou seja, baixo risco para desenvolver úlceras de pressão.</p>	

<p>➤ Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.</p>	<p>➤ Doente refere que a dispneia a pequenos esforços limita a sua interação social, uma vez que dificulta as suas saídas de casa e o convívio com os amigos.</p>	<p>➤ Doente manifesta a vontade de voltar a ter uma vida social ativa, dentro das suas limitações. ➤ Aplicado o teste de avaliação da DPOC (COPD Assessment Test - CAT) (Anexo IV), que permite medir o impacto que a DPOC tem no bem estar e no quotidiano da pessoa com DPOC. Obteve-se uma pontuação de 21, ou seja, a DPOC tem um impacto alto no bem estar e no quotidiano da doente.</p>	<p>➤ Sistema de apoio e ensino</p>
--	---	---	------------------------------------

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento

O doente reside com a esposa, tem uma filha. Por exacerbação da sua DPOC tem vindo a apresentar um quadro progressivo de dispneia a pequenos esforços, que condicionam a realização das suas atividades de autocuidado. Com principal impacto na vida social do doente, pois refere não sair de casa há cerca de um ano.

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde

O Sr. C.R. foi internado com diagnóstico de DPOC infecciosa agudizada. Doente apresenta aumento da dispneia a pequenos esforços, e aumento da tosse com expectoração mucopurulenta, esverdeada, em moderada quantidade.

RESUMO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- ❖ Ventilação comprometida, relacionada com agudização da DPOC de predomínio enfisematoso, manifestada por hipoxémia (PaO_2 58,6) e dispneia a pequenos esforços.
- ❖ Limpeza ineficaz das vias aéreas, relacionada com infeção respiratória e tosse ineficaz manifestada por estase de secreções mucopurulentas espessas, e dificuldade em expelir.
- ❖ Intolerância ao esforço, relacionado com a DPOC, manifestado por dispneia a pequenos esforços, condicionando a mobilidade do doente

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
<p>I) Ventilação comprometida, relacionada com agudização da DPOC de predomínio enfisematoso, manifestada por hipoxémia (PaO₂ 58,6) e dispneia a pequenos esforços.</p>	<p>1. Melhorar a eficiência da ventilação alveolar.</p> <p>2. Corrigir os defeitos ventilatórios.</p> <p>3. Fortalecer a musculatura respiratória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico da doente. - Observação da Radiografia do tórax. - Análise da gasimetria arterial. - Realização da auscultação pulmonar antes e depois do programa de RFR. - Avaliação e registo antes e depois do programa de RFR, de: <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais (pulso, frequência respiratória, tensão arterial, dor); • Padrão respiratório (amplitude, ritmo e frequência); • Sinais de dificuldade respiratória (cianose, tiragem, adejo nasal). - Avaliação da dispneia através da utilização da escala de Borg Modificada, antes e depois do programa de RFR. - Planeamento das sessões de RFR em parceria com a doente, considerando a sua capacidade de compreensão, aprendizagem e o seu grau de tolerância ao esforço. - Fornecer informação acerca de todas as ações e procedimentos que se irão realizar. - Proporcionar um ambiente calmo, tranquilo, e com privacidade. - Ensino sobre posição de relaxamento e 	<p><u>16/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais Vitais no início da sessão: TA: 154/83 mmHg FC: 80 bpm, pulso rítmico e cheio FR: 18 ciclos/min predomínio torácico; simétrico; ritmo regular; amplitude mantida; tórax em barril., saturação de 94% com aporte de oxigénio a 2l/m. - Avaliada escala de Borg Modificada: dispneia de intensidade 0 em repouso, com cabeceira da cama a 35°. - À auscultação apresenta murmúrio vesicular globalmente diminuído; com roncosp dispersos e sibilos no terço superior do hemitórax esquerdo e direito. - Doente foi incentivado a assumir posição de descanso e relaxamento. Tomada de consciência da respiração com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, realizando a expiração com lábios semicerrados. - Iniciou exercícios de reeducação abdominodiafragmática da porção posterior, hemicúpulas direita e esquerda, em sequências de 5. - Doente apresentou dificuldade na realização

	<p>descanso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios (inspirações profundas pelo nariz e expirações lentas pela boca). - Ensino sobre posições de descanso e de alívio da dispneia, e respiração com lábios semicerrados. - Realização de exercícios de reeducação abdomino-diafragmática: <ul style="list-style-type: none"> • Reeducação do diafragma (porção posterior); • Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda. - Realização de exercícios de reeducação costal: <ul style="list-style-type: none"> • Seletiva da porção lateral (direita e esquerda) com abertura costal; • Costal inferior; • Global com bastão. - Execução dos exercícios numa série de 5 repetições, com aumento progressivo de acordo com a tolerância da doente. - Dar reforço positivo durante a realização dos exercícios. - Garantir o aporte de oxigénio, monitorizando as saturações periféricas. - Fornecer informação sobre a utilização de 	<p>destes exercícios por aumento da dispneia. Avaliado o grau dispneia pela escala de Borg modificada no final da sessão, apresentava intensidade 2, pelo que foi feita elevação da cabeceira da cama a 45°, posição de relaxamento e controlo dos tempos respiratórios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliada novamente a escala de Borg modificada, intensidade 1. - Sinais vitais no final da sessão: TA: 150/80 mmHg FC: 90 bpm, pulso rítmico e cheio FR: 20 ciclos/min, predomínio torácico; simétrico; ritmo regular; amplitude mantida, saturação de 94% com aporte de oxigénio a 2l/m <p><u>20/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Sinais Vitais no inicio da sessão: TA: 138/77 mmHg FC: 80 bpm, pulso rítmico e cheio FR: 18 ciclos/min, saturação de 95% com aporte de oxigénio a 1l/m - Avaliada escala de Borg Modificada: dispneia de intensidade 0 em repouso, com cabeceira a 30°. - Doente em ventilação espontânea, apresenta padrão respiratório de predomínio torácico; ritmo regular; amplitude mantida; tórax em barril. - À auscultação apresenta murmúrio vesicular globalmente diminuído; com roncos dispersos no
--	---	--

		<p>oxigênio no domicílio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validar com a doente os ensinamentos realizados demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios. - Fornecer os panfletos existentes no serviço, com os exercícios de RFR e sobre oxigenoterapia de longa duração. - Realização dos registros de enfermagem de reabilitação em folha própria. 	<p>terço médio do hemitorax direito, e no terço inferior do hemitórax esquerdo e direito.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O doente foi incentivado a assumir posição de descanso e relaxamento. Tomada de consciência da respiração com controle e dissociação dos tempos respiratórios. Realizou expiração com lábios semi-cerrados. - Iniciou exercícios de reeducação abdominodiafragmática da porção posterior, hemicúpulas direita e esquerda, e reeducação costal inferior, em sequências de 5, com tolerância. - Avaliada escala de Borg Modificada no final da sessão, apresenta dispneia de intensidade 1. Cabeceira a 30°. - Sinais vitais no final da sessão: TA: 151/79 mmHg FC: 88 bpm, pulso rítmico e cheio FR: 19 ciclos/min, saturação de 95% com aporte de oxigênio a 1l/m. <p><u>21/10/2014</u> e <u>23/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais Vitais no início da sessão: TA: 120/77 mmHg FC: 79 bpm, pulso rítmico e cheio FR: 18 ciclos/min, saturação de 94% com aporte de oxigênio a 1l/m - Avaliada escala de Borg Modificada no início da sessão: dispneia de intensidade 0 em repouso,
--	--	---	--

			<p>com cabeceira a 20°.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doente em ventilação espontânea, apresenta padrão respiratório de predomínio torácico; ritmo regular; amplitude mantida; tórax em barril. - À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido no terço superior do hemitorax direito e esquerdo, mantém-se diminuído nos restantes campos pulmonares; roncos dispersos no terço médio do hemitorax direito, e no terço inferior do hemitórax esquerdo e direito. - O doente foi incentivado a assumir posição de descanso e relaxamento. Tomada de consciência da respiração com controlo e dissociação dos tempos respiratórios. Expiração com lábios semi-cerrados. - Iniciados exercícios de reeducação abdominodiafragmática da porção posterior, hemicúpulas direita e esquerda, e reeducação costal inferior, em sequências de 5, com tolerância. Introduzidos exercícios de reeducação costal seletiva das porções laterais com abertura costal. Sequências de 5. Doente realizou todos os exercícios com tolerância. - Avaliada escala de Borg Modificada no final da sessão: dispneia de intensidade 1. - Sinais vitais no final da sessão: TA: 129/79 mmHg FC: 80 bpm, pulso rítmico e cheio FR: 19 ciclos/min, saturação de 95% com aporte
--	--	--	--

			<p>de oxigénio a 1l/m.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doente com prescrição de oxigenoterapia de longa duração para o domicílio, fornecida informação e esclarecidas dúvidas acerca dos cuidados a ter, os riscos inerentes à sua utilização, como utilizar o concentrador portátil de oxigénio e mecanismos de apoio para o seu transporte. Doente parece ter compreendido a informação transmitida.
<p>II) Limpeza ineficaz das vias aéreas, relacionada com infeção respiratória e tosse ineficaz manifestada por estase de secreções mucopurulentas espessas, e dificuldade em expelir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a limpeza das vias aéreas. - Manter as vias aéreas permeáveis. 	<p>Consulta do processo clínico do doente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observação de Radiografia do tórax - Observação da gasometria arterial. - Realização da auscultação pulmonar. - Incentivo à utilização de movimentos respiratórios profundos com ênfase na fase expiratória. - Ensino e treino sobre tosse dirigida. - Introduzir dispositivos de ajuda para mobilização de secreções, tal como o acapella, monitorizando a sua utilização. - Avaliação das características da expetoração. -- Avaliação e registo de: <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais (pulso, frequência respiratória, saturações, tensão arterial, dor); • Padrão respiratório (amplitude, ritmo e frequência); • Sinais de dificuldade respiratória 	<p><u>16/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais vitais, avaliação da escala de Borg Modificada, padrão respiratório, auscultação descritos no diagnóstico anterior. - Durante a realização dos exercícios de RFR doente apresenta acessos de tosse frequentes. Secreções de difícil eliminação, situação agravada pelo facto do doente se sentir coibido de expelir as secreções na presença de estranhos, mas refere que são esverdeadas, espessas, em moderada quantidade. - Feito ensino acerca do mecanismo da tosse, que o doente compreendeu, e reproduziu. <p><u>20/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais vitais, avaliação da escala de Borg Modificada, padrão respiratório, auscultação descritos no diagnóstico anterior.

		<p>(cianose, tiragem, adejo nasal).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validar com a doente os ensinamentos realizados demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios. - Realização dos registos de enfermagem de reabilitação em folha própria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Doente cumpriu o programa dos exercícios respiratórios. - Realizada drenagem postural modificada, com manobras acessórias de compressão. - Foi introduzido o Acapella, explicando o objetivo da sua utilização e foi feito ensino e treino para a sua utilização. - Verificou-se eliminação de expectoração mucopurulenta, esverdeada, espessa em maior quantidade que no dia anterior. <p><u>21/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais vitais, avaliação da escala de Borg Modificada, padrão respiratório, auscultação descritos no diagnóstico anterior. - Doente realizou os exercícios de RFR. - Fez o Acapella, tendo realizado a técnica de forma correta. Doente bem adaptado ao Acapella, reconhecendo a sua eficácia. - Verificou-se eliminação de expectoração mucopurulenta, com coloração mais próxima do amarelo e menos espessa que no dia anterior, em moderada quantidade. <p><u>23/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais vitais, avaliação da escala de Borg Modificada, padrão respiratório, auscultação descritos no diagnóstico anterior. - Realizou o programa de RFR. - Fez o Acapella.
--	--	--	---

			- Verificou-se eliminação de expectoração mucopurulenta, mais amarelada, mais fluida, em moderada quantidade.
III) Intolerância ao esforço, relacionado com da DPOC, manifestado por dispneia a pequenos esforços, condicionando a mobilidade do doente	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar a sensação de dificuldade respiratória. - Reduzir o gasto de energia na realização de atividades de autocuidado - Melhorar a força muscular, mantendo a mobilidade articular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico do doente. - Observação de Radiografia do tórax - Observação da gasometria arterial. - Realização da auscultação pulmonar. - Avaliação e registo de: <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais (pulso, frequência respiratória, saturações, tensão arterial, dor); • Padrão respiratório (amplitude, ritmo e frequência); • Sinais de dificuldade respiratória (cianose, tiragem, adejo nasal). - Explicar ao doente a importância de realizar a inspiração em repouso e expiração na realização do esforço. - Ensino sobre posições de descanso e de alívio da dispneia. - Expiração com os lábios semicerrados - Fazer pausas consoante a necessidade da doente. - Exercícios de fortalecimento muscular dos músculos dos membros superiores e inferiores. - Realizar treino de marcha e escadas. 	<p><u>16/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais vitais, avaliação da escala de Borg Modificada, padrão respiratório, auscultação descritos no diagnóstico anterior. - Doente permanece grande parte do turno em repouso no leito ou no cadeirão. - Aplicado o Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire que descreve a sensação de dispneia do doente, com o seguinte resultado “Grau 4 – Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos”. - Feita aplicação da Escala London Chest Activit of Dail Living. Doente refere não ficar com dispneia a “vestir a parte superior do tronco”, e a “calçar sapatos/meias”; refere ficar moderadamente com dispneia a “enxugar-se”, “andar em casa”, e “inclinarse”; doente refere ficar com muita dispneia a “lavar a cabeça”, “sair socialmente”, e “subir escadas”; o doente é substituído por terceiros em atividades como: “lavar a loiça”, “utilizar o aspirador/varrer”, “fazer a cama”, “mudar o lençol da cama”, “lavar janelas/cortinados”, e “limpeza/limpar o pó”. - Realizado ensino e treino de técnicas de

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, demonstrar e treinar técnicas de conservação de energia durante a realização das atividades de autocuidado. - Validar a compreensão e aplicação dos ensinamentos realizados e dos conhecimentos adquiridos por parte do doente. - Realização dos registos de enfermagem de reabilitação em folha própria, referindo os exercícios executados e a tolerância do doente. 	<p>conservação de energia, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organização antecipada de todo o material necessário para o banho, uso de um banco para se sentar durante o banho, apoio dos cotovelos para realização de atividades dos membros superiores, como barbear-se e lavar os dentes. • Adotar posturas corretas na execução das atividades, por exemplo para calçar as meias e os sapatos deve sentar-se e colocar o pé em cima da perna oposta. <p><u>20/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais vitais, avaliação da escala de Borg Modificada, padrão respiratório, auscultação descritos anteriormente. - Realizado treino de marcha, aporte de oxigénio a 2l/m, monitorização contínua das saturações periféricas (89%-91%). Aplicada a Escala de Borg Modificada antes de depois do exercício, com dispneia de intensidade 0 e 2, respetivamente. - Foi explicado e treinado com o doente a importância de realizar a inspiração em repouso e expiração na realização do esforço. Realizou expiração com os lábios semi-cerrados. - Ensino e treino sobre posições de descanso e de alívio da dispneia.
--	--	---	---

			<p><u>21/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doente mantém aporte contínuo de oxigénio, foi reduzido para a 1l/m, com tolerância, saturações de 93%-94%, em repouso. - Validada com o doente a informação transmitida acerca da realização das técnicas de conservação de energia. - Reforçado ensino sobre importância de realizar a inspiração em repouso e expiração na realização do esforço, com lábios semi-cerrados. - Realizado treino de marcha, aporte de oxigénio a 2l/m, monitorização contínua das saturações periféricas (90%). Aplicada a Escala de Borg Modificada antes de depois do exercício, com dispneia de intensidade 0 e 2, respetivamente. - Doente recorreu a posição de alívio da dispneia (posição de cocheiro em pé) ao longo da marcha. <p><u>23/10/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Para além do treino de marcha, foi realizado treino de escadas, aporte de oxigénio a 2l/m, monitorização contínua das saturações periféricas (90%). - Ensino e treino de realizar a inspiração em repouso e expiração na realização do esforço, com lábios semi-cerrados. - Aplicada a Escala de Borg Modificada antes de depois do exercício. Intensidade 0 no início do exercício.
--	--	--	---

			- No final do exercício, doente referiu aumento da dispneia (intensidade 3 na escala de Borg modificada), sem hipoxemia, recorreu-se à posição de cocheiro sentado.
--	--	--	---

APÊNDICE IV

Planos de cuidados elaborados no âmbito do estágio na ECCI



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

1º PLANO DE CUIDADOS

EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Sandra Gomes, nº 5499

Enfermeiro Orientador: Porfírio Guedes

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Janeiro 2015

COLHEITA DE DADOS

Data de admissão: 11/11/2014

Identificação da utente: Sr.^a A. S.

Idade: 65 anos

Raça: Caucasiana

Profissão: Reformada

Estado Civil: Viúva

Residência: Dafundo

Agregado familiar: Vive com a filha.

Pessoa significativa/cuidador: Filha

Motivo de Referência: A Sr.^a A.S. foi referenciada para RNCCI – ECCI Cuidar⁺, pelo médico de família, para fortalecimento muscular dos membros superiores, principalmente o direito, e dos membros inferiores. A utente começou a ser acompanhada pela ECCI a 1 Setembro de 2014.

História da doença atual: A Sr.^a A.S. recorreu ao médico de família por algias intensas ao nível do ombro direito, tendo sido diagnosticada omalgia incapacitante de predomínio direito, com limitação na elevação e rotação do membro, o que dificulta a utilização da canadiana com repercussões na mobilidade da doente. A doente tem permanecido em casa, essencialmente no leito, com conseqüente diminuição da força dos membros inferiores.

História Progressiva: A Sr.^a A.S. apresenta osteoartrose da coluna vertebral, com escoliose acentuada, o que lhe limita a movimentação. A omalgia do membro superior direito veio agravar as limitações na marcha. A Sr.^a A.S. tem como antecedentes pessoais: HTA; perturbações depressivas; dislipidémia; osteoporose; obstipação; incontinência urinária de urgência; fratura do membro superior esquerdo. Desconhece alergias.

História social: A Sr.^a A.S. reside num apartamento alugado, trata-se de um rés-do-chão, com um quarto, uma casa de banho e uma cozinha. A utente

divide o quarto com a filha. Tem apoio domiciliário do Centro Social e Paroquial da cruz Quebrada para a realização dos cuidados de higiene e conforto, e para fornecimento de duas refeições diárias (almoço e jantar).

Medicação Habitual: Metamizol de Magnésico 575mg, um comprimido em SOS; Paracetamol 1gr de 8/8h; Tramadol 200mg, um comprimido por dia; Omeprazol 20mg, um comprimido em jejum; Trazadona um comprimido ao deitar; Isoptin um comprimido à noite; Indapamida um comprimido em jejum.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DIA 15/12/2014

A avaliação de enfermagem da Sr.^a A.S. será apresentada segundo o modelo teórico do Autocuidado de Dorothea Orem.

Sinais Vitais

TA: 149/86 mmHg

FC: 85 bpm, pulso rítmico e cheio

FR: 18 ciclos/min; padrão respiratório com predomínio torácico; ritmo regular; média amplitude; expansão torácica simétrica.

Dor: nível zero em repouso

Exame Neurológico

Estado Mental

- Estado de consciência – vigil; consciente; score 15 na Escala de Glasgow
- Estado de Orientação – orientação autopsíquica e alopsíquica mantida.
- Atenção – sem alterações nas diferentes dimensões (vigilância, tenacidade, concentração) da atenção.
- Memória – sem alterações na memória sensorial; imediata; recente e remota.
- Linguagem – discurso espontâneo, fluente, compreensão mantida.

Motricidade

- ✓ Força Muscular – procedeu-se à avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala Medical Research Council.

Segmentos	Movimentos	Avaliação
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
	Flexão lateral esquerda	5/5
	Flexão lateral direita	5/5
	Rotação	5/5

Segmentos do Membro Superior	Movimentos	Avaliação	
		MS direito	MS esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	3/5	4/5
	Extensão	3/5	4/5
	Adução	3/5	4/5
	Abdução	3/5	4/5
	Rotação Interna	3/5	4/5
	Rotação Externa	3/5	4/5
Cotovelo	Flexão	4/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5
Antebraço	Pronação	5/5	5/5
	Supinação	5/5	5/5
Punho	Flexão palmar	5/5	5/5
	Dorsi-flexão	5/5	5/5
	Desvio radial	5/5	5/5
	Desvio cubital	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5
Dedos	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5
	Oponência do polegar	5/5	5/5

Segmentos do Membro Inferior	Movimentos	Avaliação	
		MI direito	MI esquerdo
Coxo - Femural	Flexão	3/5	4/5
	Extensão	3/5	4/5
	Adução	3/5	4/5
	Abdução	3/5	4/5
	Rotação Interna	3/5	4/5
	Rotação Externa	3/5	4/5
Joelho	Flexão	3/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5
Tíbio - Tarsica	Flexão plantar	5/5	5/5
	Flexão dorsal	5/5	5/5
	Eversão	5/5	5/5
	Inversão	5/5	5/5
Dedos	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5

- ✓ Tônus Muscular – procedeu-se à avaliação do tônus muscular nos segmentos corporais mediante mobilização passiva, não se tendo identificado sinais de aumento do tônus muscular.
- ✓ Coordenação Motora – realizada a prova índice-nariz com os membros superiores e a prova calcanhar-jelho com os membros inferiores, ambas com sucesso, sem alteração da coordenação.
- Equilíbrio – a Sr.^a A.S. apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado, no entanto o equilíbrio estático em pé é instável devido a escoliose acentuada.
- Marcha – a Sr.^a A.S. apresenta uma escoliose acentuada, realiza a marcha com auxílio de canadiana.

Avaliação do Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção de inspiração de ar suficiente 	<p><u>Avaliação da função respiratória:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ FR: 18 ciclos/minuto, ➤ Padrão respiratório com predomínio torácico; ritmo regular; média amplitude; expansão torácica simétrica. ➤ À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem alterações do padrão habitual 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção de uma ingestão suficiente de água. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingestão hídrica de cerca de 0,5 a 1 litro de água diário 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem alterações do padrão habitual 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realiza cerca de cinco refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem alterações do padrão habitual 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção de padrão de eliminação adequado 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilização de fralda de proteção noturna por incontinência urinária de urgência. ➤ Tendência para obstipação de 2/3 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem alterações do padrão urinário ➤ Agravamento da obstipação para 3/4 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema de apoio e ensino
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limitação da manutenção da atividade por dificuldade na movimentação, que realiza com auxílio de canadiana, saindo de casa esporadicamente. ➤ Período de sono de cerca de 6/7h por noite. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificuldade na realização do levante do leito para o cadeirão; marcha instável, realizando percursos curtos (2/3 metros) no interior da casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema parcialmente compensatório ➤ Sistema de apoio e ensino

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliado o índice de Barthel, tendo-se obtido um score de 55, isto é a utente apresenta dependência moderada na realização das atividades de vida. ➤ Sem alteração do padrão habitual de sono. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interação social e solidão 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limitação na interação social por dificuldade na movimentação, saindo de casa esporadicamente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nos últimos meses a Sr.^a A.S. não se tem ausentado de casa, pelo que a sua interação social tem sido ainda mais limitada. ➤ Refere sentir-se menos isolada e só desde que a filha foi viver com ela. ➤ A utente interage adequadamente com a filha, com as prestadoras de cuidados e com os profissionais de saúde. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Risco de queda por desequilíbrio na marcha. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliado risco de queda pela escala de Morse apresentando um score de 70, pelo que tem alto risco de queda. ➤ Avaliado o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, tendo-se obtido a pontuação de 19 na escala de Braden, ou seja, baixo risco para desenvolver úlceras de pressão. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema parcialmente compensatório ➤ Sistema de apoio e ensino

<p>➤ Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.</p>	<p>➤ A Sr.^a A.S. refere que a dificuldade na movimentação tem vindo a limitar as suas saídas do domicílio e a sua interação com as vizinhas mais próximas.</p>	<p>➤ A Sr.^a A.S. manifesta vontade de voltar a sair de casa.</p>	<p>➤ Sistema de apoio e ensino</p>
--	---	---	------------------------------------

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento

A Sr.^a A.S. nos últimos meses tem vindo a estar mais confinada ao seu domicílio, devido a limitações nas atividades de autocuidado, necessitando de apoio domiciliário para os cuidados de higiene e para a alimentação. Desde Agosto de 2014 reside com a filha, que passou a ser a principal cuidadora.

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde

A Sr.^a A.S. apresenta osteoartrose da coluna vertebral, com escoliose acentuada, associada a omalgia incapacitante com predomínio direito. Necessita de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, a fim de restabelecer e recuperar a função motora.

RESUMO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Alteração da mobilidade relacionada com escoliose acentuada e omalgia com predomínio direito, manifestado por diminuição da força muscular dos membros superiores e inferiores e desequilíbrio na marcha.
- Risco de queda relacionado com equilíbrio dinâmico de pé instável.
- Padrão de eliminação intestinal comprometido relacionado com a imobilidade, manifestado por obstipação

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
<p>I) Alteração da mobilidade relacionada com escoliose acentuada e omalgia com predomínio direito, manifestado por diminuição da força muscular dos membros superiores e inferiores e desequilíbrio na marcha.</p>	<p>1) Melhorar a força muscular dos membros superiores e inferiores.</p> <p>2) Prevenir complicações músculo-esqueléticas (contraturas e/ou aderências).</p> <p>3) Preservar e melhorar a amplitude dos movimentos.</p> <p>4) Adquirir autonomia e segurança no levante.</p>	<p>➤ Informar a utente de todas as ações e procedimentos que se irão realizar, as suas vantagens e finalidade, pedindo a sua colaboração.</p> <p>➤ Avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala Medical Research Council.</p> <p>➤ Realização de mobilizações ativas assistidas (considerando a amplitude articular e a dor):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cabeça e pescoço (flexão /extensão; Inclinação lateral; rotação); -Dedos da mão (flexão/extensão; adução/abdução; oponência); -Punho (flexão/extensão; Desvio radial/desvio cubital; circundução); -Antebraço (pronação/supinação); -Cotovelo (flexão/extensão); -Escapulo-umeral (elevação/depressão; adução/abdução; rotação) 	<p><u>15/12/2014 e 17/12/2014</u></p> <p>➤ Avaliação da força muscular através da Medical Research Council Motor Scale apresentando alterações ao nível do:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Membro superior direito com força 3/5 em todos os movimentos do segmento escapulo-umoral e do cotovelo; -Membro superior esquerdo com força 4/5 em todos os movimentos do segmento escapulo-umoral; -Membro inferior direito com força 3/5 em todos os movimentos do segmento coxo-femural e do joelho - Membro inferior esquerdo com força 4/5 em todos os movimentos do segmento coxo-femural. <p>➤ Realizados os exercícios de mobilização ativo assistidos, em sequências de 20, com boa adesão e colaboração da utente.</p> <p>➤ Realizado exercício de ponte e rotação controlada da anca, com necessidade de bloqueio em flexão dos membros inferiores.</p> <p>➤ Demonstrada técnica de levante do leito, que a doente ainda não consegue executar sem ajuda.</p>

		<p>interna/externa);</p> <p>-Dedos dos pés (flexão/extensão; adução/abdução);</p> <p>-Tibiotársica (dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão);</p> <p>-Joelho (flexão/extensão);</p> <p>-Coxo-femural (flexão/extensão; adução/abdução; rotação interna/externa).</p> <p>➤ Progredir para mobilizações ativas dos membros superiores e dos membros inferiores.</p> <p>➤ Realização de atividades terapêuticas (ponte e rotação controlada da anca).</p> <p>➤ Treino sobre técnica de levantar do leito, fazendo carga no cotovelo.</p> <p>➤ Treino de marcha.</p> <p>➤ Incentivar a utente a realizar os exercícios diariamente.</p> <p>➤ Reforço positivo e clarificação de dúvidas.</p>	<p>➤ Realizado treino de marcha (percurso de cerca de três metros).</p> <p><u>9/01/2015 e 12/01/2015</u></p> <p>➤ Avaliação da força muscular através da Medical Research Council Motor Scale, apresentando melhoria ao nível da força do:</p> <p>-Membro superior direito com força 4/5 em todos os movimentos do segmento escapulo-umoral e do cotovelo;</p> <p>-Membro superior esquerdo com força 5/5 em todos os movimentos do segmento escapulo-umoral;</p> <p>-Membro inferior direito com força 4/5 em todos os movimentos do segmento coxo-femural e do joelho.</p> <p>➤ Mantém força 4/5 em todos os movimentos do segmento coxo-femural do membro inferior esquerdo.</p> <p>➤ Realizados os exercícios de mobilização ativos com bom desempenho da utente.</p> <p>➤ Realizado exercício de ponte e rotação controlada da anca, ainda com necessidade de bloqueio em flexão dos membros inferiores.</p> <p>➤ Melhor desempenho no levantar do leito, com maior carga no cotovelo.</p> <p>➤ Realizado treino de marcha (percurso de cerca de quatro/cinco metros).</p>
--	--	---	--

<p>II) Risco de queda relacionado com equilíbrio dinâmico de pé instável.</p>	<p>1) Melhorar o equilíbrio dinâmico de pé.</p> <p>2) Diminuir o risco de queda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação do risco de queda através da utilização da Escala de Morse. ➤ Realização de exercícios de treino de equilíbrio dinâmico de pé, com a utente apoiada nos pés da cama: <ul style="list-style-type: none"> -Flexão e extensão dos joelhos; -Flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa da coxofemural dos dois membros. ➤ Promover a correta utilização da canadiana durante a marcha. ➤ Incentivar o uso de vestuário que não limite os movimentos e o uso de calçado adequado. ➤ Alertar a utente para os obstáculos (móveis, tapetes) existentes no seu domicílio. 	<p><u>15/12/2014 e 17/12/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliada escala de Morse (60), que indica alto risco de ocorrência de quedas. ➤ Realizados exercícios de treino de equilíbrio dinâmico de pé, em sequências de 5, com a utente apoiada nos pés da cama. ➤ Correção da posição da canadiana durante a marcha. ➤ Feita sugestão para utilizar calçado fechado durante a marcha, que a utente aceitou. ➤ Feita sugestão para retirar um tapete (no percurso do quarto para o wc) que a utente aceitou. <p><u>9/01/2015 e 12/01/2015</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bom desempenho na realização dos exercícios de treino de equilíbrio dinâmico de pé, pelo que se aumenta a sequência de exercícios para 10. ➤ Melhor utilização da canadiana durante a marcha.
--	--	---	---

<p>III) Padrão de eliminação intestinal comprometido relacionado com a imobilidade, manifestado por obstipação</p>	<p>1) Readquirir o padrão habitual de eliminação.</p> <p>2) Promover sensação de bem-estar e conforto relativamente à eliminação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer o padrão habitual de eliminação intestinal da utente. ➤ Promover uma dieta rica em alimentos com fibras e uma ingestão de líquidos adequada, cerca de 1L a 1,5L por dia. ➤ Promover o uso de laxantes, monitorizando a sua eficácia. ➤ Incentivar a utente a diminuir os períodos de imobilidade. 	<p><u>15/12/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A Sr.^a A.S. refere desconforto abdominal associado a quadro de obstipação de 4 dias. <p><u>17/12/2014</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A Sr.^a A.S. mostra satisfação face às orientações dadas, referindo alívio do desconforto abdominal, tendo já evacuado. <p><u>9/01/2015</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Melhoria do padrão de eliminação intestinal (tem evacuado, por norma em dias alternados)
---	---	---	---



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

2º PLANO DE CUIDADOS

EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Sandra Gomes, nº 5499

Enfermeiro Orientador: Porfírio Guedes

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Fevereiro 2015

COLHEITA DE DADOS

Data de admissão: 13/01/2015

Identificação da utente: Sr.^a C.M.

Idade: 73 anos

Raça: Caucasiana

Profissão: Reformada

Estado Civil: Casada

Residência: Linda-a-Velha

Agregado familiar: Vive com o marido e filha

Pessoa significativa/cuidador: Marido

Motivo de Referência: A Sr.^a C.M. foi referenciada pelo serviço de Cirurgia Geral I do Hospital S. Francisco Xavier para a RNCCI – ECCI Cuidar⁺, por necessidade de cuidados de enfermagem para realização de penso a úlceras de pressão e para prestação de cuidados de reabilitação de manutenção, por hemiplegia espástica do hemicorpo esquerdo, após AVC isquémico da Artéria Cerebral Média e Anterior à direita em Setembro de 2012. A utente começou a ser acompanhada pela ECCI a 13 de Janeiro de 2015.

História da doença atual: A Sr.^a C.M. no dia 27 de Novembro de 2014 recorreu ao serviço de urgência do Hospital S. Francisco Xavier, tendo ficado internada no serviço de Cirurgia Geral I por úlceras de pressão do membro inferior esquerdo e na região sacrococcígea. Durante o internamento a utente cumpriu antibioterapia de largo espectro e foram realizados cuidados de enfermagem às úlceras de pressão. Assistiu-se uma melhoria das condições gerais da utente e cicatrização da úlcera de pressão da região sacrococcígea. A Sr.^a C.M. teve alta clínica para o domicílio no dia 12 de Janeiro de 2015.

História Progressa: A Sr.^a C.M. encontra-se acamada no domicílio desde Setembro de 2012, após AVC isquémico da Artéria Cerebral Média e Anterior à direita, apresentando hemiplegia espástica do hemicorpo esquerdo.

Tem como antecedentes pessoais: isquémia do membro inferior esquerdo em Agosto de 2012, submetida a tromboemblectomia; HTA; dislipidémia; valvulopatia reumatismal; fibrilhação auricular medicada.

Alérgica à hidrocortisona.

Sem hábitos aditivos.

História social: A Sr^a. C.M. reside com uma filha e o marido em apartamento próprio, tipologia T2, 3^o andar, com boas condições habitacionais e devidamente higienizado. O prédio não possui elevador. O cuidador principal da utente é o marido, que estabeleceu um contrato com a IPSS Nossa Senhora do Cabo para realização de cuidados de higiene e conforto duas vezes dia e fornecimento de almoço.

Medicação Habitual: Levotiroxina 0,1mg, um comprimido em jejum; Omeprazol 20mg, um comprimido em jejum; Bisoprolol 5mg, um comprimido ao pequeno almoço; Furosemida 20mg, um comprimido ao pequeno almoço; Ácido Valproico 500mg, um comprimido ao almoço e ao jantar; Lanoxin 0,125 mg, um comprimido ao pequeno almoço; Amlopidina 5mg, um comprimido ao almoço; Paracetamol 1gr de 8/8h; Varfine 5mg, meio comprimido ao jantar; Sinvastatina 20mg, um comprimido ao jantar; Alprazolam 1mg, um comprimido ao deitar; Fluoxetina xarope 5ml, um comprimido ao pequeno almoço; Zaldiar, um comprimido três vezes dia; Transtec 70mcg.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DIA 15/12/2014

A avaliação de enfermagem da Sr.^a C.M. será apresentada segundo o modelo teórico do Autocuidado de Dorothea Orem.

Sinais Vitais

TA: 153/89 mmHg

FC: 85 bpm, pulso rítmico e cheio

FR: 19 ciclos/min; padrão respiratório com predomínio torácico; ritmo regular; média amplitude.

Dor: nível zero em repouso

Exame Neurológico

Avaliação do Estado Mental

- Estado de consciência – vigil; consciente.

- Estado de Orientação – orientação autopsíquica mantida (a utente consegue dizer o nome); orientação alopsíquica com alterações: orientação espacial encontra-se mantida, mas apresenta desorientação em relação ao tempo (não identifica o mês e o dia em que se encontra).

- Atenção – sem alterações nas diferentes dimensões da atenção (vigilância, tenacidade, concentração). A Sr.^a C.M. apresenta capacidade para direcionar a atenção para estímulos externos, tenacidade e concentração em tarefas específicas e atividades mentais.

- Memória – sem alterações na memória imediata, a utente consegue repetir de imediato um conjunto de três palavras referidas; memória recente de curto e longo prazo mantida, 10 minutos após o pequeno almoço a utente consegue descrever o que ingeriu, bem como consegue recordar em que

consistiu a refeição do jantar do dia anterior; memória remota mantida, a utente recorda o nascimento dos filhos.

- Linguagem – discurso espontâneo, fluente e contextualizado; compreensão mantida, utente cumpre os comandos solicitados, nomeia e repete.
- Capacidades práticas – sem alterações das capacidades práticas do membro superior direito, consegue realizar gestos simbólicos (sinal da cruz), icónicos transitivos (pentear-se) e icónicos intransitivos (fazer adeus). Não foi possível testar as capacidades práticas no hemicorpo esquerdo e no membro inferior direito.
- Negligência hemiespacial unilateral – sem alteração da atenção a estímulos presentes no hemiespaço e/ou no hemicorpo esquerdo.

Avaliação dos Pares Cranianos

I – Olfativo	✓ Sem alterações do olfato, identifica odores.
II - Ótico	✓ Sem alterações da acuidade visual ou do campo visual.
III – Motor ocular comum IV – Patético VI – Motor ocular externo	✓ Movimentos oculares normais, simétricos e coordenados; ✓ Pupilas isoreativas e isocóricas.
V – Trigémeo	✓ Movimentos dos músculos mastigadores presentes; ✓ Sensibilidade mantida em ambas as hemifaces, nos três ramos do trigémio (oftálmica, maxilar, mandibular).
VII – Facial	✓ Simetria facial mantida; ✓ Sem ageusia ou disgeusia, identifica diferentes sabores (doce, salgado e amargo).
VIII – Estato-acústico	✓ Acuidade auditiva mantida bilateralmente; ✓ Equilíbrio sentado estável e dinâmico instável. Não é possível testar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé.
IX – Glossofaríngeo	✓ Sem alterações, distingui o sabor doce e o salgado.

X – Pneumogástrico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflexo do vômito presente; ✓ Sem alterações do tom de voz.
XI – Espinhal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esternocleidomastoídeo à esquerda com Força Muscular de 4/5 na escala Medical Research Council; ✓ Trapézio à esquerda com Força Muscular de 0/5 na escala Medical Research Council; ✓ Esternocleidomastóideo à direita com Força Muscular de 4/5 na escala Medical Research Council; ✓ Trapézio à direita com Força Muscular de 4/5 na escala Medical Research Council.
XII – Grande hipoglosso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sem alterações dos movimentos da língua.

Motricidade

- ✓ Força Muscular – procedeu-se à avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala Medical Research Council.

Segmentos	Movimentos	Avaliação
Cabeça e Pescoço	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Flexão lateral esquerda	4/5
	Flexão lateral direita	4/5
	Rotação	4/5

Segmentos do Membro Superior	Movimentos	Avaliação	
		MS direito	MS esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
	Adução	4/5	0/5
	Abdução	4/5	0/5
	Rotação Interna	4/5	0/5
	Rotação Externa	4/5	0/5
Cotovelo	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
Antebraço	Pronação	4/5	0/5
	Supinação	4/5	0/5

Punho	Flexão palmar	4/5	0/5
	Dorsi-flexão	4/5	0/5
	Desvio radial	4/5	0/5
	Desvio cubital	4/5	0/5
	Circundação	4/5	0/5
Dedos	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
	Adução	4/5	0/5
	Abdução	4/5	0/5
	Circundação	4/5	0/5
	Oponência do polegar	4/5	0/5

Segmentos do Membro Inferior	Movimentos	Avaliação	
		MI direito	MI esquerdo
Coxo - Femural	Flexão	3/5	0/5
	Extensão	3/5	0/5
	Adução	3/5	0/5
	Abdução	3/5	0/5
	Rotação Interna	3/5	0/5
	Rotação Externa	3/5	0/5
Joelho	Flexão	3/5	0/5
	Extensão	3/5	0/5
Tíbio - Társica	Flexão plantar	3/5	0/5
	Flexão dorsal	3/5	0/5
	Eversão	3/5	0/5
	Inversão	3/5	0/5
Dedos	Flexão	3/5	0/5
	Extensão	3/5	0/5
	Adução	3/5	0/5
	Abdução	3/5	0/5

✓ Tónus Muscular – procedeu-se à avaliação do tónus muscular nos segmentos corporais, utilizando a escala Modificada de Asworth.

Segmentos	Movimentos	Avaliação
Cabeça e Pescoço	Flexão	0
	Extensão	0
	Flexão lateral esquerda	0
	Flexão lateral direita	0
	Rotação	0

Segmentos do Membro Superior	Movimentos	Avaliação	
		MS direito	MS esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1
	Rotação Interna	0	1
	Rotação Externa	0	1
Cotovelo	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
Antebraço	Pronação	0	1
	Supinação	0	1
Punho	Flexão palmar	0	1
	Dorsi-flexão	0	1
	Desvio radial	0	1
	Desvio cubital	0	1
	Circundação	0	1
Dedos	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1
	Circundação	0	1
	Oponência do polegar	0	1

Segmentos do Membro Inferior	Movimentos	Avaliação	
		MI direito	MI esquerdo
Coxo - Femural	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1
	Rotação Interna	0	1
	Rotação Externa	0	1
Joelho	Flexão	0	2
	Extensão	0	2
Tíbio - Tarsica	Flexão plantar	0	1
	Flexão dorsal	0	1
	Eversão	0	1
	Inversão	0	1
Dedos	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1

- ✓ Coordenação Motora – realizada a prova índex-nariz com o membro superior direito com sucesso, sem alteração da coordenação. Na prova calcanhar Joelho do membro inferior direito a utente não conseguiu levar o calcanhar deste membro ao Joelho do membro inferior esquerdo. Não foi possível testar a coordenação do hemicorpo esquerdo.

Sensibilidade

- ✓ Superficial – Foi avaliada a sensibilidade superficial tátil, dolorosa e térmica, tendo-se verificado que apresentava anestesia tátil, analgesia e ausência da sensibilidade térmica ao nível do hemicorpo esquerdo. No hemicorpo direito a sensibilidade superficial encontra-se mantida.
- ✓ Profunda – no que diz respeito ao sentido de pressão e à sensibilidade postural, encontra-se mantida no hemicorpo direito e ausente no hemicorpo esquerdo. Apresenta estereognosia, contudo não consegue identificar objetos pela sensibilidade tátil na ausência do estímulo visual.

Equilíbrio e Marcha

- A Sr.^a C.M. apresenta equilíbrio sentado estável e dinâmico instável. Não é possível testar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé. Não realiza marcha.

Avaliação do Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
➤ Manutenção de inspiração de ar suficiente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ FR: 19 ciclos/minuto. ➤ Padrão respiratório com predomínio torácico; ritmo regular; média amplitude. ➤ À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. 	➤ Sem alterações do padrão habitual	
➤ Manutenção de uma ingestão suficiente de água.	➤ Ingestão hídrica de cerca de 0,5 a 1 litro de água diário	➤ Sem alterações do padrão habitual	➤ Sistema de apoio e ensino
➤ Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos	➤ Realiza cerca de cinco refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia).	➤ Sem alterações do padrão habitual	
➤ Manutenção de padrão de eliminação adequado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresenta incontinência de esfíncteres, utiliza fralda regularmente. ➤ Tendência para obstipação de 2/3 dias, recorre regularmente a laxantes. 	➤ Sem alterações do padrão habitual	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema totalmente compensatório ➤ Sistema de apoio e ensino

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limitação da manutenção da atividade por AVC isquémico da Artéria Cerebral Média e Anterior à direita, apresentando hemiplegia espástica do hemicorpo esquerdo, tendo ficado acamada. ➤ Levante diário para cadeira de rodas, por períodos aproximados de 3 horas. ➤ Período de sono de cerca de 7/8h por noite, recorre regularmente a indutores de sono. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A Sr.^a C.M. encontra-se acamada no domicílio. ➤ Levante diário de cerca de 1 hora para o cadeirão. ➤ Avaliada a escala de Barthel tendo-se obtido um score de 0, isto é a utente é totalmente dependente na higiene pessoal, na eliminação vesical e intestinal, na alimentação, na mobilidade, nas transferências, no banho, na ida à casa de banho, no vestir-se e nas escadas. ➤ Sem alteração do padrão habitual de sono. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema totalmente compensatório ➤ Sistema de apoio e ensino
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interação social e solidão 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limitação na interação social por se encontrar acamada e restringida ao quarto, num apartamento (3º andar), cujo prédio não tem elevador. ➤ Tem como passatempos ouvir música e ver televisão. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem alteração do padrão habitual. ➤ A utente interage adequadamente com as prestadoras de cuidados e com os profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema de apoio e ensino
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A Sr.^a C.M. apresenta duas úlceras de pressão no membro inferior esquerdo, uma no dorso do pé e outra no calcâneo, ambas de categoria III. O penso é realizado em dias alternados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Posicionamentos realizados pelo marido da utente e pelas cuidadoras da IPSS Nossa Senhora do Cabo. ➤ Avaliado o risco de desenvolvimento de úlceras por 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema totalmente compensatório ➤ Sistema de

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A úlcera de pressão da região sacrococcígea encontra-se cicatrizada. 	<p>pressão, tendo-se obtido a pontuação de 12 na escala de Braden, ou seja, alto risco para desenvolver úlceras de pressão.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliado risco de queda pela escala de Morse, apresentando um score de 30, pelo que tem baixo risco de queda. 	apoio e ensino
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A Sr.^a C.M. tem consciência das suas limitações. ➤ Exprime sentimentos de tristeza e saudade da sua vida passada com o marido, os filhos e os netos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem alteração do padrão habitual 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema de apoio e ensino

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde

A Sr.^a C.M. sofreu um AVC isquémico da Artéria Cerebral Média e Anterior à direita, em Setembro de 2012, com hemiplegia espástica do hemicorpo esquerdo. Requer a intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação para manutenção da função motora. A utente necessita de ajuda na maioria dos autocuidados, com recurso à intervenção de enfermagem mediante o sistema totalmente compensatório e o sistema de apoio e ensino.

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento

A Sr.^a C.M. encontra-se acamada no domicílio há dois anos e meio, por hemiplegia do hemicorpo esquerdo, apresentando-se dependente na realização das atividades de autocuidado. Para avaliar o impacto do AVC nas atividades diárias de autocuidado e na função do indivíduo foi feita a avaliação da Medida de Independência Funcional (MIF). Obteve-se um *score* de independência funcional de 35, apresentando dependência completa a nível de todos os autocuidados, controlo de esfíncteres, mobilidade/transferências e locomoção, e dependência modificada na comunicação e cognição social.

RESUMO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Alteração da mobilidade relacionada com AVC isquémico da Artéria Cerebral Média e Anterior à direita, manifestada por hemiplegia espástica do hemicorpo esquerdo.
- Alteração do padrão de eliminação relacionado com AVC isquémico da Artéria Cerebral Média e Anterior à direita, manifestado por incontinência urinária e fecal.
- Risco de alteração da integridade cutânea relacionado com hemiplegia do hemicorpo direito e incontinência de esfíncteres.

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
<p>I) Alteração da mobilidade relacionada com AVC isquémico da Artéria Cerebral Média e Anterior à direita, manifestada por hemiplegia espástica do hemicorpo esquerdo.</p>	<p>1) Melhorar a força muscular do membro superior e inferior direito.</p> <p>2) Prevenir complicações músculo-esqueléticas (contraturas).</p> <p>3) Manter a integridade das estruturas articulares e a amplitude dos movimentos.</p> <p>4) Contrariar o padrão espástico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abordar a utente pelo lado afetado, de modo a evitar a negligência do mesmo. ➤ Informar a utente de todas as ações e procedimentos que se irão realizar, as suas vantagens e finalidade, pedindo a sua colaboração. ➤ Avaliação do tônus muscular recorrendo à escala modificada de Ashworth. ➤ Avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala Medical Research Council. ➤ Alternância de decúbitos regulares, em padrão anti-espástico, tendo especial atenção ao lado hemiplégico de modo a evitar contracturas, a capsulite adesiva (ombro congelado) e a queda do pé. ➤ Realização dos posicionamentos respeitando as amplitudes articulares e colocando sempre as articulações em posição funcional. 	<p><u>13/01/2015 e 16/01/2015</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da escala modificada de Ashworth, apresentando 0 em todos os segmentos articulares do hemicorpo direito; 1 em todos os segmentos articulares do hemicorpo esquerdo, excepto nos movimentos de flexão e extensão do joelho, cujo valor é 2. ➤ Avaliação da força muscular através da escala Medical Research Council, apresentando alterações ao nível do: <ul style="list-style-type: none"> -Membro superior e inferior esquerdo com força 0/5 em todos os movimentos; -Membro superior direito com força 4/5 em todos os movimentos; -Membro inferior direito com força 3/5 em todos os movimentos. ➤ Realizados os exercícios de mobilização assistidos e ativo assistidos, com boa adesão da utente. ➤ Realizado exercício de rotação controlada da anca, com necessidade de bloqueio em flexão dos joelhos. ➤ Posicionamento em padrão anti-espástico. ➤ Realização de levante diário por um período

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manipular as articulações com cuidado, evitando o excesso de pressão ou tração na articulação escapulo-umeral, evitando a subluxação e contracturas de adução, bem como, evitar a rotação externa da articulação coxo-femural. ➤ Realização de mobilizações passivas no membro superior e inferior esquerdo, e mobilizações ativas assistidas no membro superior e inferior direito (considerando a amplitude articular e a dor): <ul style="list-style-type: none"> -Cabeça e pescoço (flexão /extensão; Inclinação lateral; rotação); -Dedos da mão (flexão/extensão; adução/abdução; oponência); -Punho (flexão/extensão; Desvio radial/desvio cubital; circundução; -Antebraço (pronação/supinação); -Cotovelo (flexão/extensão); -Escapulo-umeral (elevação/depressão; adução/abdução; rotação interna/externa); -Dedos dos pés (flexão/extensão; adução/abdução); -Tibiotársica (dorsiflexão/flexão 	<p>de uma hora com tolerância.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Esclarecimento de dúvidas ao marido da utente relativamente aos posicionamentos e os dispositivos necessários. <p><u>20/01/2015</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da escala modificada de Ashworth, apresentando 0 em todos os segmentos articulares do hemicorpo direito; 1 em todos os segmentos articulares do hemicorpo esquerdo, excepto nos movimentos de flexão e extensão do joelho, cujo valor é 2. ➤ Avaliação da força muscular através da escala Medical Research Council, apresentando alterações ao nível do: <ul style="list-style-type: none"> -Membro superior e inferior esquerdo com força 0/5 em todos os movimentos; -Membro superior direito com força 4/5 em todos os movimentos; -Membro inferior direito com força 4/5 em todos os movimentos. ➤ Realizados os exercícios de mobilização assistidos e ativo assistidos, com boa adesão da utente. ➤ Realizado exercício de rotação controlada da anca, com necessidade de bloqueio em flexão dos joelhos. ➤ Posicionamento em padrão anti-espástico. ➤ Realizado levante diário para o cadeirão
--	--	---	---

		<p>plantar, inversão/eversão); -Joelho (flexão/extensão); -Coxofemural (flexão/extensão; adução/abdução; rotação interna/externa).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Progredir para mobilizações ativas no membro superior e inferior direito. ➤ Realização de atividades terapêuticas (rotação controlada da anca). ➤ Realização de levante diário. 	<p>durante duas horas com tolerância, com melhoria do equilíbrio dinâmico sentado.</p>
<p>II) Alteração do padrão de eliminação relacionado com com AVC isquêmico da Artéria Cerebral Média e Anterior à direita, manifestado por incontinência urinária e fecal.</p>	<p>1) Promover sensação de bem-estar e conforto relativamente à eliminação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer o padrão habitual de eliminação vesical e intestinal da utente. ➤ Promover uma dieta rica em alimentos com fibras e uma ingestão de líquidos adequada, cerca de 1L a 1,5L por dia. ➤ Vigiar as características da urina; ➤ Promover o uso de laxantes, monitorizando a sua eficácia. ➤ Efetuar alternância de decúbitos frequentes, bem como levante, de forma a diminuir os efeitos da imobilidade no padrão intestinal. ➤ Alertar o cuidador para a importância de cuidados de higiene adequados. 	<p><u>13/01/2015 a 20/01/2015</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidados de higiene adequados, sendo a fralda trocada sempre que é necessário. Urina sem odor. ➤ Melhoria do padrão de eliminação intestinal (tem evacuado, por norma em dias alternados), com recurso esporádico a laxante. ➤ Sem lesões de humidade.

<p>III) Risco de alteração da integridade cutânea relacionado com hemiplegia do hemicorpo direito, e incontinência de esfíncteres.</p>	<p>1) Prevenir alterações da integridade cutânea.</p> <p>2) Promover a cicatrização das úlceras do membro inferior direito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar posicionamentos frequentes no leito e cadeirão, avaliando a tolerância e sensibilidade cutânea da utente; ➤ Vigiar a integridade cutânea; ➤ Promover a segurança do hemicorpo esquerdo em todos os procedimentos (cuidados de higiene/ posicionamentos/ levante/ transferências); ➤ Promover uma nutrição e hidratação adequada; ➤ Recorrer a materiais de prevenção de úlceras de pressão, tais como colchão de pressão alterna; almofadas de gel; proteção para os calcanhares ou cotovelos; ➤ Realizar os pensos às úlceras de pressão do membro inferior direito. ➤ Efetuar mudanças de fralda frequentes e respetivos cuidados de limpeza e hidratação à pele. ➤ Explicar ao cuidador os riscos inerentes da não alternância de decúbitos para a integridade cutânea da utente. 	<p><u>13/01/2015 a 20/01/2015</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão através da Escala de Braden, que evidencia alto risco para o seu desenvolvimento. ➤ Utilização de colchão de pressão alterna. ➤ Úlceras de pressão do membro inferior direito, sem alterações significativas das suas características. Realiza-se penso em dias alternados. Sem outras alterações da integridade cutânea. ➤ Posicionamento, sem apoio do calcanhar, do pé esquerdo. ➤ Explicado ao cuidador a importância dos posicionamentos para a prevenção de lesões cutâneas.
---	---	--	---

APÊNDICE V
Panfleto de Fortalecimento Muscular



9) Colocar-se em bicos dos pés expirando. Inspirando volta a pousar os calcanhares no chão.



10) De pé, levantar a perna para um lado expirando. Voltar à posição de partida inspirando.



11) Apoiando-se na cadeira dobrar o joelho para trás expirando. Voltar à posição de partida inspirando.



12) Apoiando-se na cadeira dobrar o joelho para a frente expirando. Voltar à posição de partida inspirando.



13) Durante a marcha realize períodos de descanso.



Em caso de dúvida, contactar a equipa de Enfermagem do serviço .

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE
Hospital de Santa Maria
Serviço de Pneumologia - Internamento Geral
(8º Piso - Elevador 14)

Avenida Prof. Egas Moniz, 1949-035 Lisboa
Telefone: 217805403

Elaborado por:

Enfermeira Sandra Gomes (AEER)
5º Mestrado em Enfermagem e
Especialização em Enfermagem de Reabilitação
EnF Chefe do serviço:
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Carla Costa.
EnF Orientadora:
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Elisabete Amaral

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Hospital
PulidoValente

Hospital de Santa Maria
Serviço de Pneumologia
Internamento Geral (Piso 8)

**EXERCÍCIOS DE
FORTALECIMENTO
MUSCULAR**

Novembro 2014

Quais os benefícios do Fortalecimento Muscular?

- Promove a manutenção da força e tônus muscular.
- Melhora a amplitude articular.
- Aumenta a flexibilidade muscular.
- Melhora o equilíbrio postural.
- Promove a correção dos defeitos posturais.
- Contribui para a melhoria da circulação sanguínea.
- Melhora a função cardíaca e pulmonar.
- Favorece a qualidade do sono.
- Melhora a capacidade de concentração e autocontrole.
- Reduz o stress.

Promove a qualidade de vida e o bom desempenho na realização das atividades diárias.

Exercícios de Fortalecimento Muscular



1) Levantar o peso à altura dos ombros (abrindo os braços), expirando. Voltar à posição de partida, inspirando.



2) Levantar o peso à altura dos ombros expirando. Voltar à posição de partida inspirando.



3) Dobrar os cotovelos, levando o peso ao ombro, expirando. Voltar à posição de partida, inspirando.



4) Dobrar o cotovelo, levando o peso acima da altura dos ombros expirando. Voltar à posição de partida inspirando.



5) Com o cotovelo esticado, levar o peso acima da altura dos ombros expirando. Voltar à posição de partida inspirando.



6) Dobrar os cotovelos e cruzar os braços expirando. Voltar à posição de partida inspirando.



7) Apoiando-se na cadeira elevar o corpo expirando. Voltar à posição de partida inspirando.



8) Esticar um joelho e depois o outro expirando. Voltar à posição de partida inspirando.

APÊNDICE VI

Jornais de Aprendizagem realizados no âmbito do estágio no
serviço de Pneumologia



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

1º JORNAL DE APRENDIZAGEM

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Sandra Gomes, nº 5499

Enfermeira Orientadora: Elisabete Amaral

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Outubro 2014

No âmbito do estágio no Serviço de Pneumologia, foi proposta a construção de jornais de aprendizagem semanais, com o intuito de refletir sobre os acontecimentos e situações vivenciadas, bem como sobre a sua importância para o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Esta reflexão tem por base o ciclo reflexivo de Gibbs.

O Serviço de Pneumologia, pela sua especificidade no cuidado ao doente do foro respiratório, apresenta uma organização, dinâmica e rotinas específicas, que diferem substancialmente do meu local habitual de trabalho. Assim, decorridas duas semanas de estágio (sete turnos), considero pertinente refletir sobre este período de integração, uma vez que uma boa integração na dinâmica do serviço contribui favoravelmente para o sucesso do estágio.

O estágio, enquanto parte fundamental do processo de aprendizagem, constitui uma das etapas mais desejadas, mas também é uma das mais temidas. Se por um lado existe um grande desejo de colocar em prática o que foi aprendido durante o primeiro ano da especialidade e de adquirir novos conhecimentos, o facto de estar novamente na posição de aluna, foi inicialmente bastante desconfortável.

Esta posição de fragilidade levou-me a questionar o porquê de estar a frequentar esta especialidade, tendo desencadeado sentimentos de insegurança, incerteza, incapacidade e inquietação, tanto perante a equipa multidisciplinar e pares, como na prestação de cuidados e na tomada de decisão. Senti receio de não corresponder às expectativas dos outros, e vivenciei a sensação de ser um elemento menos válido, e de ter regredido profissionalmente, o que após nove anos de desempenho profissional, e tendo inclusivamente orientado alunos em ensino clínico e feito integração a vários colegas, esperava não voltar a sentir.

Gradualmente estes sentimentos foram-se atenuando, e para tal contribuiu a relação estabelecida com a enfermeira orientadora, que se mostrou sempre disponível para esclarecer todas as minhas dúvidas e apaziguar as minhas inquietações, e a receção acolhedora da equipa de enfermagem e da restante equipa multidisciplinar, o que me ajudou a sentir maior confiança e tranquilidade.

Também o conhecimento adquirido, ao longo destas duas semanas, acerca da organização, normas, projetos, protocolos e rotinas do serviço, sobre a folha própria de registo de enfermagem de reabilitação e sobre as escalas de avaliação utilizadas, facilitaram a minha integração e adaptação ao serviço. Houve ainda necessidade de rever os conteúdos teóricos abordados nas unidades curriculares de reabilitação e de realizar pesquisa bibliográfica, de forma a melhorar a articulação com a prática clínica.

Todos estes factores, bem como a análise e reflexão sobre as situações clínicas, contribuíram para uma melhor compreensão e planeamento dos cuidados a prestar, para aumentar o poder de decisão e iniciativa, e para a justificação das intervenções implementadas. No entanto, nesta fase, a preocupação com a execução da técnica, com a auscultação dos sons respiratórios, com a visualização e correta interpretação da imagiologia, ainda se sobrepõe à avaliação do doente no seu todo. Sendo o estágio um percurso de aprendizagem, espero vir a colmatar esta lacuna, e poder alcançar maior destreza técnica, desenvolver capacidade de observação, planear de forma adequada os cuidados de reabilitação a prestar, e apresentar capacidade de resposta adequada às necessidades do doente.

Durante este período de integração foi possível observar a intervenção e funções desempenhadas pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, cujo desempenho é fundamental e determinante para o bom funcionamento do serviço, na medida em que identifica as necessidades do doente e presta cuidados de enfermagem de reabilitação; dá apoio à equipa de enfermagem, sendo frequentemente solicitada para pareceres relativos aos cuidados e a situações específicas de cada doente e família; e ainda colabora com os restantes membros da equipa multidisciplinar.

No decorrer destas duas semanas passei progressivamente da observação à intervenção, sempre sob orientação e supervisão da enfermeira orientadora, aceitando as suas sugestões críticas e construtivas, o que permitiu melhorar a minha segurança na atuação junto ao doente. Para tal, foi também determinante, a avaliação do doente efetuada no início do turno, com recurso ao processo clínico e exames complementares de diagnóstico para o

planeamento dos cuidados de reabilitação a prestar, bem como a informação transmitida pelos colegas na passagem de turno.

Durante este período de integração pude acompanhar o desenvolvimento de programas de reabilitação respiratória, já implementados pela enfermeira orientadora, em doentes com diferentes patologias, nomeadamente DPCO, derrame pleural, empiema, fibrose quística. Foi com satisfação que verifiquei a existência de grande motivação, colaboração e aderência por parte dos doentes aos programas de reabilitação. Tive ainda a oportunidade de participar na implementação de um programa de reabilitação funcional respiratória em uma doente asmática.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem neste serviço um amplo campo de atuação na área da reabilitação respiratória, assim, acredito poder atingir os objetivos a que me propus no meu projeto de formação e desenvolver competências específicas na área da pessoa com doença respiratória crónica.



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

2º JORNAL DE APRENDIZAGEM

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Sandra Gomes, nº 5499

Enfermeira Orientadora: Elisabete Amaral

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Outubro 2014

Decorrido o período de integração no serviço de pneumologia, considero que esta semana (13 a 17 Outubro) me senti mais à vontade e confiante no seio da equipa e no contato direto com os doentes. O facto de realizar quatro turnos por semana tem-se relevado bastante vantajoso, pois permite dar seguimento aos doentes e ao programa de reabilitação implementado, e torna-se facilitador do processo de aprendizagem e do desenvolvimento de competências.

A realidade com a qual me tenho deparado no serviço de pneumologia vem dar ênfase à importância do papel desempenhado pelo enfermeiro de reabilitação na prestação de cuidados ao doente respiratório. É visível o resultado da intervenção do enfermeiro de reabilitação na melhoria da situação clínica do doente, o que se traduz em ganho de saúde para o doente e para a instituição. De forma a explicitar esta ideia, considero importante expor algumas situações que vivenciei esta semana.

Na 2ª feira deu entrada no serviço um doente com o diagnóstico de infeção respiratória nosocomial hipoxemiante, com antecedentes de oligofrenia, epilepsia, insuficiência respiratória crónica por síndrome de hipoventilação sob ventilação não-invasiva (VNI) contínua, cujo mecanismo de tosse era ineficaz. Foi pedida colaboração e avaliação pela enfermeira de reabilitação. Doente pouco colaborante, encontrava-se a fazer BIPAP contínuo, polipneico, apresentava respiração muito ruidosa, sibilos, e à auscultação eram audíveis roncosp dispersos por todos os campos pulmonares. Após avaliação da enfermeira de reabilitação e em parceria com a equipa médica decide-se utilizar o *Cough Assist*, que foi usado durante toda a semana neste doente.

Na primeira utilização do *Coug Assist* observei apenas o procedimento, tendo a minha enfermeira orientadora explicado o funcionamento do aparelho e o modo de programação dos parâmetros. Fizemos três sequências de seis ciclos, com aspiração de secreções na orofaringe (ausência do reflexo da tosse). Nas utilizações seguintes do *Coug Assist* executei o procedimento, inicialmente com algum receio, depois com maior confiança e destreza.

A utilização do *Cough Assist* permitiu a aspiração de secreções brônquicas em grande quantidade, tendo-se verificado melhoria do padrão respiratório do doente, com diminuição dos ruídos adventícios à auscultação.

Esta semana deu entrada no serviço uma doente, com história de internamentos recorrentes, por infeção respiratória, com antecedentes de DPOC. Doente realiza reeducação funcional respiratória numa clínica da área de residência, mas interrompe frequentemente o programa de reabilitação.

Trata-se de uma doente com predomínio broncorreico, pelo que no programa de reeducação funcional respiratória implementado se deu ênfase à limpeza das secreções. Deste modo, pude observar a eficácia da drenagem de secreções, mediante a realização de exercícios de respiração abdomino-diafragmática e costais seletivos, associados a manobras de percussão e vibração. No final de cada sessão realiza o flutter, com grande efeito. A doente expulsa secreções brônquicas purulentas, esverdeadas, espessas em grande quantidade. Refere alívio do cansaço após realização dos exercícios. De referir que tive dificuldade na execução das manobras de percussão e vibração, pelo que tenho sido persistente no seu treino.

Para além destas situações acompanhei outras, nomeadamente a Sr.^a L.S. sobre a qual realizei colheita de dados e avaliação de acordo com a teoria Geral do Autocuidado de Orem, para elaboração do plano de cuidados, que demonstram a eficácia e pertinência das intervenções do enfermeiro de reabilitação.

Outro aspecto que devo salientar, e que considero ser uma área na qual o enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante, e deve investir, são os ensinamentos. Esta semana uma doente asmática que acompanhei durante o internamento, com a qual iniciei um programa de reeducação funcional respiratória, teve alta clínica, e tive oportunidade de fazer ensino sobre inaladores e sobre a utilização do *peak flow meter*, com apoio da minha orientadora. Na próxima 5^a feira entraremos em contacto com a doente, com o intuito de averiguar se está a fazer os inaladores de forma correta e esclarecer possíveis dúvidas.

Quando comparo a realidade do serviço de pneumologia, em termos de doentes do foro respiratório (apesar das diferenças nas patologias), com o serviço onde desempenho funções vejo algumas semelhanças. Neste contexto acredito que, também no meu serviço o enfermeiro de reabilitação poderá vir a ter uma posição de destaque e de suma importância, tal como acontece no

serviço de pneumologia. Seria uma mais-valia para a equipa multidisciplinar, e poderia intervir em áreas como a da educação para a saúde sobre controlo de respiração e tosse em doentes traqueotomizados.

Considero que este campo de estágio me tem possibilitado o desenvolvimento de competências e conhecimentos específicos sobre cuidados de reabilitação ao doente do foro respiratório, que são transponíveis para a minha prática de cuidados e futuramente me ajudarão a exercer funções como enfermeira especialista.

Este processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências tem decorrido de forma gradual, mas devo salientar que o serviço me tem proporcionado experiências que correspondem e por vezes superam as minhas expectativas. Sinto que estou a ter resultados do meu esforço pessoal, das horas despendidas na pesquisa bibliográfica, sem esquecer o contributo inestimável da enfermeira orientadora, o que me permite todos os dias melhorar a minha prestação de cuidados.



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

3º JORNAL DE APRENDIZAGEM

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Sandra Gomes, nº 5499

Enfermeira Orientadora: Elisabete Amaral

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Novembro 2014

O estágio no serviço de Pneumologia tem vindo a corresponder às minhas expectativas, uma vez que diariamente me deparo com um vasto leque de oportunidades de aprendizagem, que permitem integrar e desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação.

Sendo a Pneumologia um serviço de grande especificidade em termos de patologia respiratória, tenho verificado ao longo destas cinco semanas uma grande incidência de internamentos por DPOC agudizada. Para além da DPOC os diagnósticos de internamento mais frequentes são: asma; insuficiência respiratória global e parcial; pneumonia; derrame pleural; pneumotórax; fibrose quística e tromboembolismo pulmonar.

O facto de a DPOC ser a doença respiratória crónica mais frequente neste serviço, vai ao encontro dos dados disponibilizados pela Direção Geral de Saúde no Programa Nacional para Doenças Respiratórias 2012-2016, que considera a DPOC uma das doenças respiratórias crónicas mais prevalentes em Portugal. A Direção Geral de Saúde destaca ainda a elevada prevalência da asma, e pela grande necessidade de diferenciação na abordagem e especificidade de tratamento destaca a fibrose quística, patologias que tenho encontrado frequentemente no serviço de Pneumologia.

No que concerne a minha prestação de cuidados em termos de reabilitação, a incidência tem sido em doentes com doença respiratória crónica (DPOC, asma, fibrose quística), doentes com derrame pleural e pneumonia.

Parece-me importante destacar as doenças respiratórias crónicas, por considerar que condicionam de forma muito marcada a capacidade de desenvolvimento da atividade de autocuidado do doente. O autocuidado entende-se como uma função reguladora que necessita de ser aprendida e desenvolvida, para a manutenção da vida, saúde e bem-estar da pessoa, e que pode ser realizada pelo próprio ou pelo seu agente de cuidado (Orem, 2011). O enfermeiro enquanto agente de cuidado pode atuar num sistema inteiramente compensatório, no qual deve compensar totalmente a incapacidade da pessoa, relativamente às atividades do autocuidado que requerem controlo da marcha e movimentos; o enfermeiro pode também atuar num sistema parcialmente compensatório, sendo que a pessoa tem capacidade para realizar algumas das ações de autocuidado; e pode ainda atuar mediante um sistema de apoio-

educação no qual a pessoa consegue desenvolver ou pode e deve aprender a desenvolver ações de autocuidado, mediante o apoio, orientação e ensino do profissional de enfermagem.

Enquanto futura enfermeira de enfermagem de reabilitação, e agente de cuidado da pessoa com doente respiratória crónica, considero que a minha atuação se deve basear na potencialização das capacidades doente e na introdução de estratégias que permitam substituir o “fazer por” pelo “fazer com”. Neste contexto a Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que o enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação integra um conjunto de competências clínicas especializadas que visam melhorar a função, promover a independência e maximizar a função da pessoa. Para a explicitar esta ideia, considero importante expor algumas situações que vivenciei esta semana.

Nas últimas duas semanas tive oportunidade de elaborar e implementar um plano de reabilitação respiratória para com doente, sobre o qual realizei o meu plano de cuidados, com diagnóstico de DPOC agudizada. Trata-se de um doente com DPOC há 20 anos, que apresentava expectoração esverdeada e ferevres, contudo referia não se sentir confortável para expelir as secreções por se encontra num ambiente estranho. As atividades de autocuidado eram asseguradas pelo profissional de enfermagem num sistema totalmente compensatório.

O programa de RFR implementado foi ajustado ao contexto respiratório do doente. Na 1ª sessão o doente foi posicionado em posição de conforto e relaxamento, cabeceira a cerca de 30°, aporte de oxigénio contínuo a 1l/m, foi avaliada escala de Borg Modificada, intensidade de 0; promoveu-se a consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios (expiração com lábios semi-cerrados); e foi feita reeducação abdomino-diafragmática da porção posterior (5 repetições), avaliada no final da sessão a escala de Borg Modificada, intensidade de 0,5. Nas sessões seguintes, e avaliando sempre a tolerância do doente, foram introduzidos exercícios de reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (5 repetições de cada), e posteriormente exercícios de reeducação costal seletiva com abertura dos membros superiores. Foi também introduzido um dispositivo de mobilização de secreções, o acapella. O doente adaptou-se bem a este dispositivo e referia

maior facilidade na eliminação da expetoração, apesar de ainda se sentir coibido de o fazer na presença de outras pessoas. Com o decorrer das sessões, o doente realizou os exercícios de RFR com maior tolerância, e mostrou satisfação com a eficácia do acapella, que começou a utilizar de forma autónoma.

Foi feito treino de marcha, com monitorização contínua das oximetrias, foi avaliada escala de Borg modificada no início e no fim do treino, intensidade de 0 e 1 respetivamente. Doente muito motivado para esta atividade, atribuindo-lhe grande importância para a sua vida e apresentando progressivamente uma diminuição da intensidade da dispneia e melhoria na tolerância ao esforço. Foram também treinadas técnicas de conservação de energia, nomeadamente expiração com os lábios semicerrados, posição de descanso sentado e de pé, vestir e calçar chinelos sentado, braços apoiados no lavatório para lavar e secar a cara, e desfazer a barba. Constatou-se uma boa adesão do doente a estas técnicas, recorrendo a elas com frequência.

Com a implementação deste programa de reabilitação, foi gratificante observar a evolução do doente, que em algumas atividades do seu autocuidado, e com recurso ao sistema de apoio e ensino, passou de um sistema totalmente compensatório para um sistema parcialmente compensatório.

Saliento ainda outra situação que reflete a intervenção do enfermeiro de reabilitação e a evolução do doente segundo o modelo conceptual da Orem. Trata-se de um doente vindo da UCIR, com diagnóstico de insuficiência respiratória parcial, e que tem como antecedentes DPOC, insuficiência renal aguda, trombose venosa do membro inferior direito. Doente apresentava diminuição da força muscular nos membros inferiores, desequilíbrio na marcha, com necessidade apoio unilateral, e com necessidade de aporte de oxigénio contínuo a 2l/m.

Foi introduzido de forma gradual e progressiva um programa de treino de exercício, que consistiu em marcha, pedaleira e treino de escadas, no sentido de promover a reeducação do esforço e fortalecimento muscular. Foi feita monitorização das oximetrias, e avaliação do grau de dispneia pela escala de Borg modificada. Foi promovida a consciencialização dos tempos respiratórios,

com ênfase na importância da inspiração em repouso e expiração na realização do esforço, e adoção de técnicas de conservação de energia, nomeadamente expiração com os lábios semicerrados e posição de descanso sentado e de pé. A evolução do doente foi favorável, sendo que em repouso deixou de necessitar de aporte de oxigénio, mas para realização de marcha necessita de aporte de oxigénio a 1l/m.

Este doente irá realizar oxigenoterapia de longa duração no domicílio, pelo que foram explicados os cuidados a ter, os riscos inerentes à sua utilização, como utilizar o concentrador portátil de oxigénio e mecanismos de apoio para o seu transporte.

A prescrição de oxigenoterapia de longa duração nos doentes adultos com insuficiência respiratória crónica estável é determinada pelos seguintes valores da gasometria arterial: PaO₂ ≤ 55 mm Hg e PaO₂ entre 55-60 mm Hg (se na presença de *cor pulmonale* crónico ou hipertensão da artéria pulmonar e/ou poliglobulia) (DGS, 2011). Na marcha diária a prescrição de oxigenoterapia deverá ser considerada em doentes normoxémicos em repouso que, na prova de marcha de 6 minutos, apresentem saturação periférica de oxigénio (SpO₂) < 88 % ou uma redução de 4% para valores inferiores a 90 %, que é corrigida pela administração de oxigénio; e ainda, de acordo os seguintes valores de gasometria arterial: PaO₂ ≤ 55 mm Hg, PaO₂ entre 55-60 mm Hg, nos doentes com *cor pulmonale* crónico ou hipertensão da artéria pulmonar e/ou poliglobulia (hematócrito > 55 %) (DGS, 2011). O oxigénio líquido e o concentrador portátil só são prescritos em doentes seguidos em programas de reabilitação respiratória (DGS, 2011).

Considero ainda pertinente referir que tem sido muito interessante prestar cuidados de reabilitação a doentes com fibrose quística. Estes doentes, apesar de muito jovens, apresentam grande domínio sobre a sua situação clínica, com boa adesão à RFR, compreendem os seus benefícios, e realizam os exercícios de RFR com facilidade e precisão.

Este estágio no serviço de Pneumologia tem possibilitado o desenvolvimento de competências e conhecimentos específicos na área da reabilitação respiratória no doente com doença respiratória crónica. Nesta fase considero que já consigo fazer uma correta avaliação inicial do doente,

identifico melhor as suas potencialidades e limitações, contudo ainda sinto dificuldade no planeamento das intervenções. Devo ainda salientar o papel preponderante que a minha orientadora tem tido neste processo de aprendizagem.

Bibliografia

Direção Geral de Saúde (2009). *Circular Informativa Nº: 40A/DSPCD – Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Acedido a 10/05/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2011). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia*. Acedido a 31/10/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 29/10/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

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



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

4º JORNAL DE APRENDIZAGEM

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Sandra Gomes, nº 5499

Enfermeira Orientadora: Elisabete Amaral

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Novembro 2014

Após uma interrupção de duas semanas no período de estágio no serviço de Pneumologia, recomecei o estágio no dia 17/11/2014.

Inicialmente, senti algum receio de ter regredido no percurso de aprendizagem que tenho vindo a desenvolver, mas com o decorrer da prestação de cuidados no primeiro turno percebi que este receio não tinha fundamento. No entanto, considero que esta interrupção tão longa no período de estágio deve ser evitada, pois a continuidade de cuidados é fundamental para o processo de aprendizagem e para a segurança na tomada de decisão na prática clínica.

Sendo o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação responsável pela conceção, planeamento e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), deve demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

O julgamento clínico diz respeito ao processo pelo qual os enfermeiros analisam e interpretam as necessidades, inquietações ou problemas de saúde dos doentes, mediante processos deliberativos de alternativas, pesando as evidências e escolhendo a mais apropriada (Tanner, 2006). O julgamento clínico encontra-se presente em todas as ações e decisões dos enfermeiros, em termos de diagnóstico, implementação de intervenções e na avaliação dos resultados obtidos (Cerullo & Cruz, 2010). O facto do profissional de enfermagem saber refletir sobre as suas ações durante a sua execução permite desenvolver subsídios que o orientem na tomada de decisão. A tomada de decisão em enfermagem reflete-se na forma como os profissionais de enfermagem conseguem decidir, e responsabilizar-se pelas suas decisões e resultados (Ribeiro, 2011).

Considero que a segurança na minha tomada de decisão ao longo do estágio, tem vindo a aumentar progressivamente. Sinto maior segurança na realização da avaliação inicial do doente, no planeamento e justificação das intervenções perante a minha orientadora e na avaliação dos resultados. No entanto há situações clínicas, que pela sua complexidade ainda me levantam dúvidas e incertezas.

Esta semana a enfermeira orientadora optou por me deixar realizar sozinha a avaliação inicial e o plano de Reeducação Funcional Respiratória a um doente com DPOC agudizada, tendo posteriormente validado com a enfermeira os problemas levantados, os objetivos delineados e as intervenções a implementar. O feedback que recebi foi bastante favorável, o que veio reforçar a minha confiança e segurança na tomada de decisão.

Assim, os problemas identificados prenderam-se com a ventilação comprometida e com a limpeza ineficaz das vias aéreas; como principais objetivos pretende-se melhorar a eficiência da ventilação alveolar corrigindo os defeitos ventilatórios, e fortalecer a musculatura respiratória. O plano de Reeducação Funcional Respiratória implementado consistiu na consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios (expiração com lábios semi-cerrados); reeducação abdomino-diafragmática da porção posterior (10 repetições); reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (10 repetições de cada); reeducação costal inferior (10 repetições); exercícios de reeducação costal com abertura do membro superior (10 repetições); reeducação costal global (10 repetições). Foram realizadas manobras de percussão e foi também introduzido um dispositivo de mobilização de secreções, o Shaker, ao qual o doente se adaptou bem e referiu maior facilidade na eliminação das secreções. Para a realização da técnica de reeducação costal inferior, a enfermeira orientadora alertou-me para a possível utilização de um lençol, que foi utilizado, tendo o doente realizado a técnica sem dificuldade.

Outra situação com a qual me deparei esta semana relaciona-se com uma doente com diagnóstico de internamento de DPOC agudizada, com antecedentes de tuberculose pulmonar com sequelas ao nível do pulmão direito, bronquiectasias, demência, diabetes mellitus, HTA, sob VNI contínua no período da noite. Foi pedida avaliação pela enfermeira especialista de reabilitação, a qual a enfermeira orientadora me deixou realizar sozinha. Da observação da radiografia do tórax verifica-se opacidade de todo o campo pulmonar direito, o que confirmei com a auscultação pulmonar, pela ausência de murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares à direita. Padrão respiratório torácico, assimétrico (menor expansão do hemitorax direito), e

amplitude torácica diminuída. FR 18 ciclos minuto, ritmo regular, aporte de oxigénio a 1l/min, saturações periféricas de 95%-96%. Avaliada a escala de Borg Modifica, intensidade zero. A doente não realizava levante à dois dias, pelo que procedi à avaliação da força muscular pela es *Medical Research Council Motor Scale*, tendo-se verificado movimento normal contra gravidade e resistência (5/5).

Feita a avaliação inicial da doente validei com a enfermeira orientadora as intervenções a implementar. Considerei pertinente iniciar o plano de Reeducação Funcional Respiratória pela consciencialização e controlo e dissociação dos tempos respiratórios, tendo a doente apresentado dificuldade em inspirar pelo nariz; realizei com a doente exercícios de reeducação abdomino-diafragmática da porção posterior (5 repetições); reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (5 repetições); exercícios de reeducação costal seletiva com abertura do membro superior direito (5 repetições). Avaliada escala de Borg Modificada no início e final da sessão, intensidade zero. Após realização do Reeducação Funcional Respiratória procedi ao levante da doente para o cadeirão sem quaisquer intercorrências. No dia seguinte repetiu-se o plano de Reeducação Funcional Respiratória e foi feito treino de marcha com sucesso.

Face ao exposto, considero que apesar da minha evolução em termos de segurança na tomada de decisão, tendo para tal contribuído a orientação e supervisão da enfermeira orientadora, a validação dos planos de cuidados com a professora orientadora e a consulta de bibliografia adequada, ainda tenho um longo percurso pela frente.

Outro tema que acho pertinente apresentar neste jornal de aprendizagem relaciona-se com a experiência que vivenciei na Unidade de Endoscopia Respiratória, onde assisti à realização de uma toracoscopia com talcagem.

A toracoscopia consiste numa técnica vídeo-assistida das superfícies pulmonares e da cavidade pleural, mediante a introdução de dois trocateres na cavidade pleural e de uma óptica (Abreu, 2003). Este procedimento permite observar a superfície pulmonar e a pleura, possibilita a realização de biópsias, e permite a aplicação de pó de talco na cavidade pleural com a finalidade de induzir a adesão dos dois folhetos da pleura (Abreu, 2003). A talcagem pleural

é uma técnica utilizada para resolver situações de hidro e/ou pneumotórax recidivantes (Abreu, 2003).

A observação deste procedimento levou-me a refletir sobre a possível intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação neste âmbito. Assim realizei pesquisa bibliográfica, mas não encontrei na literatura evidência científica sobre esta temática, recorri por isso à enfermeira orientadora, que me direcionou e alertou para a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação antes e depois da realização da toracoscopia com talcagem.

Assim, antes da realização do procedimento o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve trabalhar com o doente o controlo da respiração e a dissociação dos tempos respiratórios.

Após a realização do procedimento deve-se promover o levante precoce e a marcha, e o doente deve iniciar Reeducação Funcional Respiratória. Posição de descanso e relaxamento e com o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, de forma a reduzir a tensão psíquica e muscular, para melhor desempenho dos músculos respiratórios. Exercícios de respiração abdomino-diafragmática, de forma a prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, diminuir o trabalho respiratório e aumentar a excursão diafragmática. Exercícios de reeducação da hemicúpula do lado afetado (tendo em atenção a tolerância do doente). Reeducação costal seletiva com abertura costal, com o intuito de promover a mobilidade costal, favorecendo a expansão pulmonar e torácica do lado afetado. Reeducação costal seletiva antero-lateral do lado afetado. Exercícios de reeducação costal global com bastão, de modo a melhorar a distribuição e ventilação alveolar, promovendo a expansão torácica. Mobilização escapulo-umeral do lado afetado, de forma a prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e melhorar o desempenho dos músculos respiratórios.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem portanto, um papel ativo e fundamental nos doentes submetidos a toracoscopia, contribuindo para a otimização do tempo de recuperação.

Bibliografia

Abreu, P.J. (2013). *Tratado de Pneumologia*. Lisboa: Permanyer. ISBN: 972-733-139-4.

Cerullo, J.A.S.B. & Cruz, D.A.L.M. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 18(1): 124-9.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 20/11/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 19/11/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ribeiro, J.M.S. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Rev. Enf. Ref.* III (5): 27-36.

Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 45(6):204-11.

APÊNDICE VII

Apreciação do percurso de desenvolvimento de competências
(serviço de Pneumologia e ECCL)



5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Sandra da Fonte Sousa Gomes

Local de Estágio: Serviço de Pneumologia **Início:** 30/09/2014 **Fim:** 27/11/2015

Orientadora: Professora Cristina Saraiva

A Sandra Gomes ao longo do estágio demonstrou ser uma aluna: bem-disposto, dinâmico, com autonomia e responsabilidade crescente, não ultrapassando os seus limites com aluna.



Ao longo do estágio:

- Compreender a dinâmica do serviço e a importância do enfermeiro de ligação como elo de ligação entre a equipa multidisciplinar;
- Integrou-se bem na equipa multidisciplinar, assumindo o seu papel de perito articulando-se com os vários elementos da equipa sempre que necessário;
- Estabeleceu uma boa relação de empática com a pessoa e suas famílias quando existentes na visita;
- Elaborou e planeou cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em conta os problemas detectados, os objectivos da pessoa a curto e médio prazo e o real potencial de recuperação da pessoa;
- Avaliou e adaptou o plano de cuidados sempre que necessário;
- Fundamentou as suas intervenções de enfermagem de reabilitação através de conhecimentos adquiridos na ESEL e pesquisa bibliográfica;
- Utilizou os recursos matérias disponíveis no serviço, fundamentando a sua utilização;
- Garantiu a continuidade dos cuidados através dos registos de enfermagem de reabilitação com utilização de escalas e na passagem de turno;

- Realizou ensinios à pessoa/ família sobre os exercícos de reabilitação a realizar no serviço ou em casa;
- Aproveitou todas as oportunidades fornecidas, para aprofundar os seus conhecimentos sobre diferentes patologias respiratórias e quais as intervenções que o enfermeiro especialista de reabilitação deve realizar;
- Apresentou uma boa gestão do seu tempo e cuidados de enfermagem de reabilitação, pelo que lhe permitiu cuidar de um maior número de pessoas e com maior complexidade;
- Elaborou um folheto sobre o tema " Fortalecimento muscular";
- Em relação ás dificuldades apresentadas na reunião anterior verificou-se uma evolução significativa ao nível: execução técnicas, visualização e interpretação de RX e da auscultação.

No final do estágio considero que a aluna Sandra, atingiu os objectivos a que se propôs, avaliando o seu estágio com muito bom.

DATA: 06/02/2015

ASSINATURAS	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
			

5º CURSO DE Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Sandra da Fonte Sousa Gomes

Local de Estágio: Equipa de Cuidados Continuados Integrados Cuidar + **Início:** 01/12/2014 **Fim:** 13/02/2015

Orientador: Professora Cristina Saraiva

6.02.2015

Assuntos abordados na avaliação sumativa:

Sandra

- Boa integração e adaptação ao serviço;
- Prestação de cuidados no âmbito da comunidade muito distinta da minha realidade profissional (contexto hospitalar);
- Oportunidades de aprendizagem na área da enfermagem de reabilitação, mediante acompanhamento de utentes, essencialmente, do foro ortopédico e neurológico;
- Destacada a importância da continuidade na prestação de cuidados;
- Boa evolução ao longo do estágio, com destaque para a maior autonomia e confiança na realização da avaliação inicial e no planeamento das intervenções, e melhoria na tomada de decisão;
- Realização de registos na plataforma da rede e no SAPE;
- Desenvolvimento de competências no âmbito da relação terapêutica com utente e família;
- Avaliação qualitativa do estágio de bom.

Enfermeiro Porfírio

- Boa integração ao serviço;
- Demonstra interesse, disponibilidade e proatividade;
- Evolução favorável ao longo do estágio: maior autonomia na realização da avaliação inicial do utente; maior confiança na tomada de decisão, no planeamento e na implementação das intervenções.
- Avaliação qualitativa do estágio de muito bom.

DATA: 06/02/2015

	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:	