

Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, às pessoas idosas com défice no autocuidado e alterações do foro respiratório.

A structured proposal for rehabilitation nursing care intervention for elderly people with self-care deficit and respiratory disorders

Propuesta estructurada de intervención de los cuidados de enfermería de rehabilitación, a las personas ancianas con déficit en el autocuidado y alteraciones del foro respiratorio.

Vânia Raquel Dias Nascimento ¹, Hugo Miguel Veiga Mousinho ²; César Fonseca ³

¹ Enfermeira ULSLA. Mestranda da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, Portugal, ² Enfermeiro ULSLA. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Portugal³ PhD, Universidade de Évora, Investigador POCTEP 0445_4IE_4_P, Portugal

Corresponding Author: vaniardn@hotmail.com

Resumo

Devido ao envelhecimento populacional, do qual decorre a potencial perda de funcionalidade e à crescente prevalência de doenças crónicas, nomeadamente respiratórias, a capacitação da pessoa para a execução dos seus autocuidados, no sentido da independência, torna-se um objetivo primordial da Enfermagem de Reabilitação. A qualidade dos cuidados é uma das metas da Enfermagem de Reabilitação, sendo comprovada a sua efetividade quando se demonstram resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem. **Objetivo:** desenvolver competências na área dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, através de planos estruturados de intervenção às pessoas idosas com défice no autocuidado e alterações do foro respiratório. **Metodologia:** O estudo apresentado é descritivo e exploratório, tendo por base a metodologia qualitativa do estudo de caso (método de estudos de caso múltiplos) de Robert Yin (2003) e a teoria de médio alcance de Lopes (2006), baseada na teoria do défice de autocuidado de Orem (2001). **Resultados:** Aumento significativo dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, tais como a funcionalidade, autocuidado e a satisfação dos utentes para além da capacitação do utente para a autogestão da doença crónica, através de ensinamentos, prevenindo posteriores recorrências aos serviços de saúde, diminuindo os custos a nível do sistema de saúde. **Conclusão:** A intervenção estruturada dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com base num programa de reeducação funcional respiratória, capacitação da pessoa e do seu cuidador familiar, traduz-se em ganhos de Autocuidado, da Aprendizagem e funções mentais e ao nível da função respiratória.

Palavras-chave: Resultados sensíveis, Cuidados de enfermagem, Reabilitação, alteração da função respiratória.

Abstract

Due to an aging population, from which stems the potential loss of functionality and the increasing prevalence of chronic diseases, particularly respiratory diseases, empowering people to perform self-care and promoting their independence becomes a primary objective of Rehabilitation Nursing. The quality of care is a major goal of Rehabilitation Nursing and its effectiveness has been proven when showcasing nursing care-sensitive results. **Objective:** Developing skills in the area of Rehabilitation Nursing care through structured intervention plans, aimed at elderly people with self-care deficits and respiratory disorders. **Methodology:** The present study is both descriptive and exploratory, based on the qualitative methodology case study applied by Robert Yin in his multiple case study method (2003), as well as Lopes' medium-range theory (2006) which was based on Orem's theory of self-care (2001). **Results:** A significant increase in nursing

care-sensitive outcomes such as functionality, self-care and patient satisfaction was registered, in addition to enabling the client to self-manage chronic illness through proper education, preventing subsequent recurrences to health services which in turn reduced the overall costs incurred by the national health system. Conclusion: The structured intervention of Rehabilitation Nursing care, based around a respiratory function re-education program targeting both the person and his/her family caregiver should directly translate into gains in terms of self-care, learning and mental functions, along with an overall improvement of respiratory function.

Keywords: Sensitive results, nursing care, rehabilitation, changes in respiratory function

Resumen

Debido al envejecimiento poblacional, de lo cual transcurre la potencial pérdida de funcionalidad y a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, en particular respiratorias, la capacitación de la persona para la ejecución de sus autocuidados en el no sentido de la independencia se convierte en un objetivo primordial de la Enfermería de Rehabilitación. La calidad de los cuidados es una de las metas de la Enfermería de Rehabilitación, siendo comprobada su efectividad cuando se demuestran resultados sensibles a los cuidados de Enfermería. **Objetivo:** Desarrollar competencias en el área de los cuidados de Enfermería de Rehabilitación, a través de planos estructurados de intervención a las personas ancianas con déficit en el autocuidado y alteraciones del foro respiratorio. **Metodología:** El estudio presentado es descriptivo y exploratorio, teniendo por base la metodología cualitativa del estudio de caso (método de estudios de caso múltiples) de Robert Yin (2003) y la teoría de alcance medio de Lopes (2006) basada en la teoría del autocuidado de Orem (2001). **Resultados:** Aumento significativo de los resultados sensibles a los cuidados de enfermería tales como la funcionalidad, autocuidado y la satisfacción de los usuarios además de la capacitación del usuario para la autogestión de la enfermedad crónica a través de enseñanzas, previniendo posteriores recurrencias a los servicios de salud, disminuyendo los costes a nivel del sistema de salud. **Conclusión:** La intervención estructurada de los cuidados de Enfermería de Rehabilitación, con base en un programa de reeducación funcional respiratoria, capacitación de la persona, de su cuidador familiar, se traduce en ganancias de Autocuidado, del Aprendizaje y funciones mentales y al nivel de la función respiratoria.

Palabras-clave: Resultados sensibles, Cuidados de enfermería, Rehabilitación, Alteración de la función respiratoria.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e a maior prevalência de doenças crónicas, leva a um maior número de pessoas potencialmente dependentes e, conseqüentemente, com a autonomia nos autocuidados comprometida (Fonseca e Lopes, 2014). O autocuidado define-se como um regulador humano que permite à pessoa manter a saúde, preservar a vida e o bem-estar (Allgood & Tomey, 2004), mantendo-a em desenvolvimento. Este é um processo deliberado que pressupõe vontade própria e que deriva de experiências sociais, cognitivas e culturais (Orem, 2001), tendo o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), um papel fundamental, tanto na manutenção como na recuperação do autocuidado da pessoa, promovendo a sua independência e maximizando a sua funcionalidade (Regulamento n.º 125/2011), envolvendo todos os intervenientes e atuando em conjunto com uma equipa de saúde (Fonseca e Lopes, 2014).

Os modelos de enfermagem são utilizados para favorecer o conhecimento e melhorar a prática, orientando a investigação e identificando objetivos da prática de enfermagem

(Perry&Potter, 1997). Desta forma, este trabalho tem por base a teoria de médio alcance de Lopes (2006) que se baseia na Teoria do défice de autocuidado de Orem.

A Teoria do défice de autocuidado de Orem, é composta por três teorias relacionadas entre si: a Teoria do auto-cuidado, que refere porque as pessoas cuidam de si e como o fazem; a Teoria do défice de auto-cuidado, que explica como a enfermagem pode ajudar e a Teoria dos sistemas, que explica as relações que devem ser criadas para que “se produza enfermagem” (Allgood &Tomey, 2004). Assim, quando o enfermeiro direciona as suas intervenções para os défices no autocuidado da pessoa, irá verificar resultados positivos no desempenho das atividades instrumentais e de vida diária (Griffiths et al., 2001) e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida (Fonseca & Lopes, 2014).

A doença respiratória constitui um problema de saúde pública, não só pelo seu impacto socio-económico, mas também pelo impacto negativo na qualidade de vida da pessoa e família, sendo uma das causas mais significativas de procura de cuidados de saúde e de incapacidade temporária e/ou permanente (Cordeiro & Menoita, 2012).

As pessoas com doença respiratória, em particular a doença respiratória crónica apresentam sintomas como a dispneia e o cansaço fácil, que irão comprometer a satisfação dos seus autocuidados, sendo que intervenções como a reeducação funcional respiratória, tornam-se fundamentais nestes doentes, melhorando sintomas, dando à pessoa um papel ativo na gestão da sua doença e reintegrando-a na sociedade (Cordeiro & Menoita, 2012). Daez, M. (2013) realça a atuação do EEER na elaboração de um plano terapêutico de reabilitação, em conjunto com a equipa de saúde e, principalmente com o doente. É competência do EEER conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem individualizados, com o intuito de prevenir e promover diagnósticos precoces e preventivos, sendo um dos objetivos do presente trabalho, praticar estas competências com o intuito de cuidar e capacitar a pessoa “com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida” no contexto da prática de cuidados , maximizando as suas capacidades e funcionalidades (Regulamento n.º 125/2011), para este fim, é desenvolvido um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação estruturada e individualizada para pessoas idosas com comprometimento da execução dos seus autocuidados e com alterações do foro respiratório.

METODOLOGIA

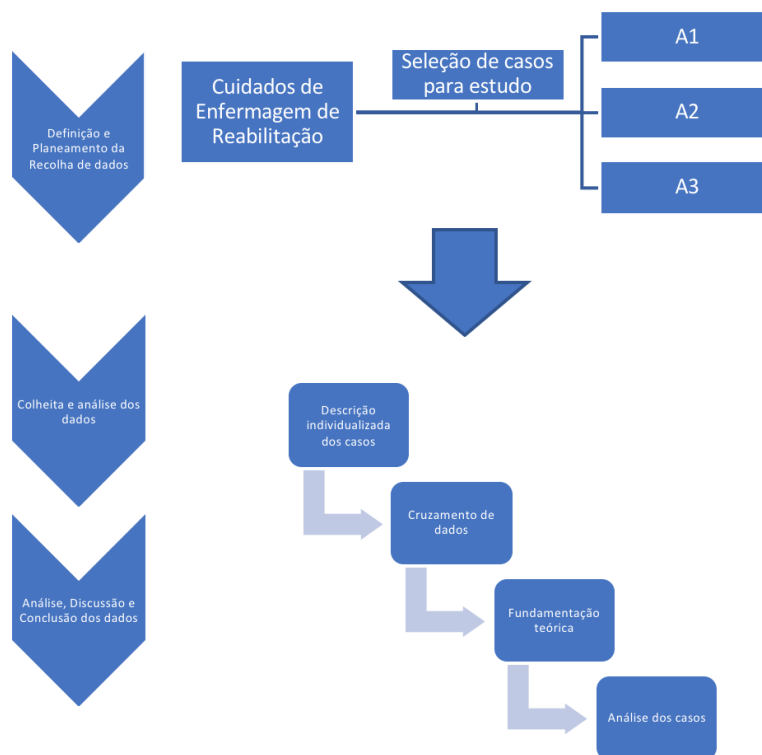
O estudo apresentado é descritivo e exploratório, tendo por base a metodologia qualitativa do estudo de caso (método de estudos de caso múltiplos) de Robert Yin (2003) e a teoria de médio alcance de Lopes (2006) baseada na teoria do autocuidado de Orem.

Seguindo a metodologia de Yin (2003) foram definidos e planeados os objetivos do trabalho, realizada a preparação e a colheita de dados e posteriormente feita a análise e conclusão decorrente desses achados. O método de estudos de caso múltiplos encontra-se resumido na figura nº 1.

A teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de autocuidados de Fonseca e Lopes (2014) complementam o estudo ajudando a perceber os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que as intervenções de enfermagem de reabilitação trazem.

Tal como preconiza Lopes (2006), no processo de estabelecimento de uma relação terapêutica, que possibilite o desenvolvimento da confiança do doente e família em relação ao enfermeiro e aos cuidados prestados e, técnicas ensinadas e executadas, é efetuado um processo de avaliação diagnóstica e um processo de intervenção terapêutica de enfermagem. No processo de avaliação/reavaliação diagnóstica da situação, foram tidas em conta as perspetivas vivenciais, biomédicas e de ajuda do doente e família, sendo que o processo de intervenção terapêutica de enfermagem englobou, não só as intervenções de enfermagem propriamente ditas, como a “interface destes com o grupo e a organização” (Lopes, 2006).

Figura nº 1 – Metodologia de Estudos de Casos múltiplos de Yin (2003)



O presente programa de intervenção decorreu entre 14 de maio e 22 de junho de 2018, no âmbito do estágio de enfermagem de reabilitação – área respiratória, no serviço de urgência do Hospital do Litoral Alentejano (HLA) – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), sendo a colheita de dados realizada neste espaço de tempo.

A colheita de dados é executada através da interação e observação do utente e família, tendo em conta o comportamento, atitude e perceções de cada individuo (Yin, 2003), dados objetivos retirados da avaliação física, registos do processo do utente e exames complementares de diagnóstico (EAD) pertinentes.

Foram também aplicados os instrumentos de recolha de dados: Erderly Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011).

Os instrumentos utilizados (ENCS e MIF) utilizam linguagem CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) que é padronizada e permite descrever os domínios da saúde e estados de saúde (DGS, 2004).

O ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) foi escolhido por conter indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, tendo como objetivos, avaliar a funcionalidade da pessoa, as necessidades de enfermagem em vários contextos de cuidados e avaliar os resultados da aplicação de um programa de reabilitação.

A MIF (DGS, 2011) é um instrumento de avaliação funcional, que avalia a dependência ou independência funcional do individuo, permitindo quantificar as necessidades de intervenção do enfermeiro na execução dos autocuidados/desempenho da pessoa e mensurar os resultados das intervenções de enfermagem executadas.

Fazem parte do estudo, utentes internados no serviço de urgência do HLA idosos, com alterações do foro respiratório, com défices de autocuidados e necessidade de intervenções de Enfermagem de Reabilitação, tendo sido selecionados 3 utentes com as características descritas anteriormente, tratando-se, portanto, de uma amostragem intencional, onde o investigador conhece a população e as suas características. Foram também escolhidos com base na perícia e perspicácia do Enfermeiro Especialista, que acompanhou todo o processo, com base na sua experiência e conhecimentos na área.

Desta forma, os critérios de seleção são: utentes idosos, internados no serviço de urgência, com alterações do foro respiratório e apresentarem défice na execução dos autocuidados, tendo necessidade da aplicação de um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Assim, realizou-se uma caracterização sociodemográfica dos participantes escolhidos, que é apresentada no quadro nº1. No sentido de salvaguardar a privacidade dos utentes foram utilizadas letras e números para os identificar (A1, A2, A3).

Quadro nº1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes:

Estudos de caso	A1	A2	A3
Idade	80 anos	70 anos	82 anos
Género	Masculino	Feminino	Masculino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado civil	Solteiro	Casada	Viúvo
Agregado familiar	Vive com irmão e cunhada	Vive com esposo	Vive com filha, genro e netos
Nível de escolaridade	Não frequentou escola, mas sabe ler e escrever	4ª classe	Não frequentou escola, mas sabe ler e escrever
Profissão	Reformado (trabalhador rural anteriormente)	Reformada (trabalhadora rural anteriormente)	Reformado (trabalhador rural anteriormente, atualmente ajudava na apicultura (negócio familiar))
Residência	São Domingos	Alcácer do Sal	São Bartolomeu da Serra

Através da análise sociodemográfica, avaliamos a média de idades em 77 anos. A população é portuguesa e maioritariamente do sexo masculino. Apresentam algum nível de escolaridade, são reformados, sendo anteriormente trabalhadores rurais.

RESULTADOS

Seguindo a primeira fase de Yin (2003), que preconiza a realização de uma descrição e reflexão do estudo de caso, são apresentados seguidamente os estudos de caso desenvolvidos:

Estudo de caso A1:

Utente do sexo masculino com 80 anos, raça caucasiana, vive com o irmão e cunhada, sendo previamente independente na realização dos seus autocuidados. Recorre ao serviço de urgência por dispneia funcional em grau elevado, progressiva desde há uma semana, ortopneia e edemas dos membros inferiores. Internado em SO por ICC descompensada e Edema agudo do pulmão. Tem antecedentes pessoais de DPOC, ICC classe II, cardiopatia hipertensiva e isquémica, HTA controlada, DMII, dislipidémia e obesidade.

EAD (relevantes): Gasometria (à entrada): acidémia respiratória grave, com necessidade de VNI, com boa adaptação, de momento Ph normalizado, sem necessidade de VNI. Análises: Sem elevação dos parâmetros inflamatórios.

Na avaliação inicial, 5 dias após internamento em SO e após retirar VNI, utente vígil, calmo e orientado no tempo, espaço e pessoa. No exame físico/avaliação do utente, este apresenta padrão respiratório misto, com murmúrio vesical diminuído nos lobos inferiores, dispneia funcional em grau elevado, sem tosse.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 2 e 3:

Quadro nº2 – ENCS* aplicado ao estudo de caso A1:

	Avaliação diagnóstica 15.05.2018	Após intervenção de ER 22.05.2018
Funcionalidade geral	Problema Moderado (29%)	Problema ligeiro (6%)
Autocuidado	Problema grave (63%)	Problema ligeiro (10%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema ligeiro (14%)	Problema ligeiro (10%)
Função respiratória	Problema grave (90%)	Problema ligeiro (15%)

*São apresentados apenas os focos com alterações.

Quadro nº3 - MIF aplicada ao estudo de caso A1:

Datas de avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 15.05.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER) 22.05.2018
Autocuidados	12	27
Controlo dos esfíncteres	13	14
Mobilidade - transferências	3	18
Locomoção	2	8
MIF motora	30	67
Comunicação	12	12
Consciência do mundo exterior	17	18
MIF cognitiva	29	30
Total	59 (dependência modificada – assistência até 50% das tarefas)	97 (dependência modificada – assistência até 25% das tarefas)

Estudo de caso A2:

Utente do sexo feminino, 70 anos, raça caucasiana, vive com marido, era previamente independente na realização dos seus autocuidados. Recorre ao serviço de urgência do hospital de Setúbal, por queixas de dispneia e febre com uma semana de evolução, sendo,

no dia seguinte, transferida para o hospital da área de residência e admitida com diagnóstico de febre a esclarecer. Após realização de EAD fica internada em SO com diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade hipoxemiante. Antecedentes pessoais de asma e síndrome ansioso.

EAD (dados relevantes): TACTAP – Atelectasia no lobo inferior direito, com broncograma e derrame pleural. No lobo inferior esquerdo também pequeno derrame pleural com consolidação parenquimatosa; Gasometria: hipoxémia e hipocapnia, tendo iniciado oxigenorapia a 4l/min por óculos nasais, com benefício; Análises – ligeira anemia e parâmetros inflamatórios elevados.

Na avaliação inicial: doente vígil, com períodos de ansiedade e orientada no tempo, espaço e pessoa, no exame físico/avaliação da utente: identificados períodos de polipneia, com padrão respiratório misto, com murmúrio vesical diminuído nos lobos inferiores e presença de sibilos nos terços médios de ambos os campos pulmonares, dispneia funcional em grau elevado, tosse esporádica, sem saída de secreções.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 4 e 5 respetivamente:

Quadro nº4 – ENCS* aplicado ao estudo de caso A2:

	Avaliação diagnóstica 23.05.2018	Após intervenção de ER 29.05.2018
Funcionalidade geral	Problema moderado (30%)	Problema ligeiro (12%)
Autocuidado	Problema grave (58%)	Problema ligeiro (19%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema ligeiro (17%)	Problema ligeiro (17%)
Relação com amigos e cuidadores	Problema ligeiro (8%)	Problema ligeiro (8%)
Função respiratória	Problema grave (85%)	Problema ligeiro (15%)

*São apresentados apenas os focos com alterações.

Quadro nº5 - MIF aplicada ao estudo de caso A2:

Datas de avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 23.05.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER) 29.05.2018
Autocuidados	19	35
Controlo dos esfíncteres	14	14
Mobilidade transferências	3	18
Locomoção	2	8
MIF motora	28	75
Comunicação	12	12
Consciência do mundo exterior	17	19
MIF cognitiva	29	31
Total	67 (dependência modificada – assistência até 25% das tarefas)	106 (independência completa/modificada)

Estudo de caso A3:

Utente do sexo masculino com 82 anos, raça caucasiana, vive com a filha, genro e netos, sendo previamente independente (antes da realização de cirurgia ortopédica) na realização dos seus autocuidados. Recorre ao serviço de urgência por quadro de febre, tosse produtiva e dispneia funcional em grau elevado, tendo estado internado há 9 dias no serviço de Ortopedia, onde foi submetido a tenorrafia do tendão de Aquiles do membro inferior direito após rutura traumática deste, ficando com tala gessada sem indicação para realizar carga no membro intervencionado. Internado em SO com diagnóstico de Pneumonia. Tem antecedentes de artrite reumatoide, DPOC com enfisema centrolobular e bronquiectasias, HTA, ICC, hipercolesterolemia, bócio multinodular, discopatia lombar, HBP, hernioplastia inguinal bilateral e síndrome vertiginosa periférico.

EAD (relevantes): Rx torax: hipotransparência heterogenia do campo pulmonar direito, sugestivo de condensação pneumónica; Gasometria: Hipoxémia com necessidade de aporte de O2 suplementar a 2L/min.

Na avaliação inicial: doente vígil, calmo e orientado no tempo, espaço e pessoa, no exame físico/avaliação do doente: identificados períodos de polipneia, com padrão respiratório misto, com murmúrio vesical diminuído nos lobos inferiores e, no terço médio do campo pulmonar direito, dispneia funcional em grau elevado, tosse produtiva, com saída, esporádica de secreções.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 6 e 7:

Quadro nº6 – ENCS* aplicada ao estudo de caso A3:

	Avaliação diagnóstica 01.06.2018	Após intervenção de ER 11.06.2018
Funcionalidade geral	Problema moderado (31%)	Problema ligeiro (18%)
Autocuidado	Problema grave (67%)	Problema moderado (31%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema ligeiro (8%)	Problema ligeiro (8%)
Relação com amigos e cuidadores	Problema ligeiro (9%)	Problema ligeiro (9%)
Função respiratória	Problema grave (75%)	Problema ligeiro (20%)

*São apresentados apenas os focos com alterações.

Quadro nº7 - MIF aplicada ao estudo de caso A3:

Datas de avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 01.06.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER) 11.06.2018
Autocuidados	17	28
Controlo dos esfíncteres	14	14
Mobilidade transferências	6	12
Locomoção	2	4
<u>MIF motora</u>	39	58
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	19	19
<u>MIF cognitiva</u>	23	23
Total	62 (dependência modificada – assistência até 25% das tarefas)	81 (dependência modificada – assistência até 25% das tarefas)

Para todos os estudos de caso foram planeados e executados, planos de reeducação funcional respiratória, tendo sido este o foco de intervenção identificado que influencia no défice de autocuidados (dispneia funcional em grau elevado dificulta a autonomia na realização dos autocuidados), estando os utentes colaborantes e interessados.

DISCUSSÃO

Em Portugal, o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, do envelhecimento populacional, leva a um acréscimo de pessoas com problemas de

dependência e saúde. Por outro lado, os avanços tecnológicos permitem que a pessoa com doença crónica, nomeadamente a respiratória, sobreviva mais anos, sendo esta uma parcela importante da população alvo da Enfermagem de Reabilitação (Cordeiro & Menoita, 2012). Esta população com necessidades específicas, necessita de cuidados igualmente específicos, aos quais a Enfermagem de Reabilitação pode dar resposta e, dessa forma, contribuir para a obtenção de ganhos em saúde. Assim, é uma prioridade para a Enfermagem de Reabilitação, monitorizar os “ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação”. (Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018)

A enfermagem de Reabilitação “traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática”, incluindo unidades de internamento de agudos (Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018) e é neste contexto que este trabalho se desenvolve: utente, idoso com doença respiratória crónica e/ou aguda num contexto de internamento.

A Enfermagem de Reabilitação, tem como objetivo a recuperação da pessoa que sofre doença súbita ou agudização de doença crónica, decorrendo desta situação um défice funcional aos níveis motor, cognitivo, cardiorrespiratório, etc. Assim, a meta da Enfermagem de Reabilitação é diagnosticar e intervir precocemente, promovendo a qualidade de vida, a funcionalidade, o autocuidado e prevenindo consequências decorrentes da incapacidade “gerando ganhos em saúde”. (Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018)

Doran *et al* (2006) identifica como resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, a funcionalidade, o autocuidado, o controlo sintomático, a satisfação do utente e família, os custos associados aos cuidados de saúde, entre outros. Estes ganhos podem ser mensuráveis através da aplicação de instrumentos.

E é neste contexto que são apresentados os dados obtidos: todos os utentes estudados apresentavam, na avaliação inicial, uma funcionalidade geral reduzida e uma dificuldade na execução dos seus autocuidados, diretamente relacionada com uma patologia que levou à instalação de dispneia funcional em grau elevado, que os impediu de realizarem tarefas sem cansaço associado. Os resultados obtidos destacam o aumento da funcionalidade geral e capacidade para o autocuidado em todos os utentes, para além da melhoria na função respiratória. A comunicação não se encontrava alterada em nenhum dos utentes. A capacidade para a aprendizagem e funções mentais apresentou uma ligeira melhoria e a relação com amigos e cuidadores manteve-se estável.

Numa avaliação informal, denotou-se uma maior motivação para o alcance da maior independência possível por parte dos utentes e melhoria da satisfação do utente e família, pela atenção e incentivo dados.

No quadro nº8 apresenta-se a intervenção da Enfermagem de Reabilitação: um programa de Reabilitação Funcional Respiratória três vezes por semana (intervenção adaptadas de Cordeiro & Mendoça (2012) e Ordem dos Enfermeiros (2018)):

Quadronº8 – Plano de intervenção de Enfermagem de Reeducação funcional respiratória:

Intervenções	Objetivo
- Terapêutica de posição modificada 10 minutos antes do começo da sessão para lado menos afetado (decúbito lateral esquerdo) – estudos de caso A2 e A3.	- Prevenir formação de aderências pleurais (estudo de caso A2 por derrame pleural mais acentuado à direita) - Drenagem de secreções das zonas periféricas para vias aéreas de maior calibre (A2 e A3).
- Ensino de técnicas/posicionamentos de relaxamento e descanso e sua importância (por exemplo posição de coqueiro sentado). - Promover o relaxamento através do posicionamento em semi-fowler com almofada até à raiz das omoplatas e outra almofada sob a região poplíteia. - Consciencialização e controlo da respiração com treino dos tempos respiratórios (10 minutos).	- Diminuir da tensão psíquica e a sobrecarga muscular.
- Ensinos de respiração diafragmática com expiração com lábios semi-cerrados (10 minutos). - Exercícios de reeducação diafragmática com resistência manual (10 ciclos respiratórios). - Reeducação costal global sem bastão (5 ciclos respiratórios).	- Melhorar ventilação alveolar.
- Reeducação costal seletiva da porção lateral com abertura direita e esquerda (10 minutos) – estudo de caso A2.	- Prevenir formação de aderências pleurais (estudo de caso A2 por derrame pleural bilateral).
- Realizados ensinos sobre administração de terapêutica inalatória com câmara expansora – desenvolvido panfleto explicativo para posterior consulta.	- Otimizar terapêutica inalatória.

<p>- Realizados ciclos ativos das técnicas respiratórias (CATR) (10 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercício diafragmático (5 vezes) • Exercício expansão torácica (Reeducação costal global com bastão (5 vezes) • Exercício diafragmático (5 vezes) • 2 “Huff’s”. <p>- Ensino de tosse dirigida após ciclo de CATR.</p>	<p>- Garantir permeabilidade vias aéreas através da execução de manobras de limpeza das vias aéreas.</p>
<p>- Executar 10 mobilizações assistidas (na primeira sessão) e posteriormente ativas no leito e exercícios isométricos no estudo de caso A3 no membro inferior direito (submetido a cirurgia ortopédica, sem indicação para realizar carga).</p> <p>- Treino das Atividades básicas e instrumentais de vida diárias (Incentivar a realizar de forma autónoma: toma de medicação, realizar higiene pessoal: Lavar e cuidar as partes do corpo; comer e beber, deslocar-se e/ou transferir-se (A3 impossibilitado de andar por cirurgia sem indicação para carga)), controlo da eliminação vesical e intestinal, ensinos de gestão da energia, por exemplo realizando as atividades sentado.</p>	<p>- Reeducar para o esforço.</p>

Na aplicação deste plano foram tidos em conta “os quatro princípios do condicionamento fisiológico” (Delisa *et al*, citada por Cordeiro & Menoita (2012)): o princípio da variação individual (o plano foi personalizado a cada indivíduo e adaptado consoante a sua resposta, por exemplo introdução de momentos de descanso mais ou menos prolongados consoante a necessidade), o princípio da especificidade (é tido em conta, que cada exercício resulta numa adaptação metabólica e fisiológica que produz um resultado de treino), o principio da sobrecarga (aplicados exercícios que exigem um maior trabalho que aquele que o utente está habituado) e o principio da reversibilidade (tendo em conta que os efeitos do treino apenas permanecem se forem continuados, os utentes são incentivados a realizar os exercícios pelo menos duas vezes por dia e continuarem os mesmos após a alta, pelo menos 3 vezes por semana).

No quadro nº 9 observam-se os resultados obtidos e os ganhos efetivos após a execução do plano de Enfermagem de Reabilitação:

Quadro nº 9 – Ganhos obtidos na aplicação de um plano estruturado de Enfermagem de Reabilitação:

Instrumento ENCS			Ganhos
Estudos de caso	Avaliação inicial - diagnóstica	Avaliação final (após intervenção)	
A1	- Funcionalidade geral – 29% <u>Áreas de intervenção*</u> : - Autocuidado – 63% - Aprendizagem e funções da mentais – 14% - Função respiratória – 90%	- Funcionalidade geral – 6% <u>Áreas de intervenção*</u> : - Autocuidado – 10% - Aprendizagem e funções da mentais – 10% - Função respiratória – 15%	23%
A2	- Funcionalidade geral – 30% <u>Áreas de intervenção*</u> : - Autocuidado – 58% - Aprendizagem e funções da mentais – 17% - Relação com amigos e cuidadores – 8% - Função respiratória – 85%	- Funcionalidade geral – 12% <u>Áreas de intervenção*</u> : - Autocuidado – 19% - Aprendizagem e funções da mentais – 17% - Relação com amigos e cuidadores – 8% - Função respiratória – 15%	18%
A3	- Funcionalidade geral – 31% <u>Áreas de intervenção*</u> : - Autocuidado – 67% - Aprendizagem e funções da mentais – 8% - Relação com amigos e cuidadores – 9% - Função respiratória – 75%	- Funcionalidade geral – 18% <u>Áreas de intervenção*</u> : - Autocuidado – 31% - Aprendizagem e funções da mentais – 8% - Relação com amigos e cuidadores – 9% - Função respiratória – 20%	13%
Média global de funcionalidade	30%	12%	18%
MIF			
A1	59	97	38
A2	67	106	39
A3	62	81	19
Média scores	63	95	32

*São apresentados apenas os focos com alterações.

CONCLUSÃO

Através dos dados anteriormente apresentados, concluímos que, pela execução de um plano estruturado de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, se obtêm ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem, nomeadamente, a nível da funcionalidade geral (mensuração de 18% de ganho pelo instrumento ENCS e 32 pela MIF), do autocuidado (em que se verifica um aumento de 43% na capacitação da pessoa, passando de um problema grave para um problema moderado ou ligeiro), da aprendizagem e funções mentais (melhoria de 4% pelo instrumento ENCS no estudo de caso A1), do controlo sintomático (uma vez que se verifica diminuição dos episódios de dispneia e polipneia, com melhoria significativa da função respiratória, sendo mensurado em 67% pelo instrumento ENCS) e da satisfação da pessoa e família, manifestada verbalmente e pela observação informal.

Pode também concluir-se que os maiores ganhos se verificam na função respiratória, que se apresenta como um problema grave, inicialmente, e onde incidiu, maioritariamente, a intervenção de Enfermagem de Reabilitação.

A continuação da execução deste plano, pelos utentes, pode levar também à menor procura dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, à diminuição dos custos em saúde, uma vez que a autogestão da doença, permite um melhor controlo sintomático, levando também a um aumento significativo da qualidade de vida e a uma potencial integração facilitada na sociedade (Gold, 2017).

Com este trabalho, reafirmam-se as competências específicas do EEER (Regulamento n.º 125/2011, 2011), pois através da execução de um plano estruturado e individualizado de Enfermagem de Reabilitação, cuidam-se pessoas com necessidades especiais (neste estudo com défice no autocuidado, alterações de funcionalidade e do foro respiratório), ao longo do ciclo de vida (neste estudo - idosos), em todos os contextos da prática de cuidados (internamento de agudos), verificando-se, após implementação do plano, a capacitação da pessoa com limitação da atividade, a promoção da maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa, promovendo a sua reinserção social.

Assim, os resultados obtidos confirmam a importância da intervenção da Enfermagem de Reabilitação e da implementação de planos de intervenção estruturados, que se traduzem em resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem e em conseqüentes ganhos para a pessoa e família, seja em meio hospitalar, seja na comunidade em que se insere.

Referências bibliográficas:

Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Lisboa: Lusociência.

Deaz, M. (2012). *O Papel do Enfermeiro na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – DPOC*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/OPapeldoEnfermeironaDoencaPulmonarObstrutivaCronicaDPOC.aspx>.

DGS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. OMS, DGS. Lisboa.

DGS (2011). *Acidente vascular cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação*. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>.

Doran, D. et al (2006). *Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings*. Research in Nursing & Health. Nº 29. p. 61-70.

Fonseca, C.; Lopes, M. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem*. Universidade de Lisboa.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017).

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2017). *Pocket Guide To COPD Diagnosis, Management, And Prevention: A Guide for Health Care Professional*. Disponível em: <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms- GOLD-2017- Pocket-Guide.pdf>

Griffiths, P., Harris, R., Richardson, G., Hallett, N., Heard, S., & Wilson-Barnett, J. (2001). *Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care*. Age & Ageing, 30(6).

Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau. p 325-335

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de boa prática - Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros. Cadernos OE, serie 1, nº 10.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6^o ed). St.Louis: Mosby.

Perry, G. & Potter, A. (1997). *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. 4^aed. St Luis: Mosby.

Yin, R. (2003). *Case study research: design and methods*. 3eda. Thousand Oaks: Sage.

Regulamento n.º 125/2011 (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. DR 2.^a série n.º 35 de 18 de fevereiro.