

Proposta de Intervenção Estruturada dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para Pessoas Idosas com alteração do foro respiratório

Proposal of Structured Intervention of Rehabilitation Nursing for the Elderly People with respiratory disorder

Propuesta de Intervención estructurada de los cuidados de enfermería de rehabilitación para las personas de edad avanzada con alteración del foro respiratorio

Jéssica Gomes¹, Mónica Amaro²; César Fonseca³; Vítor Santos³

¹Licenciatura em Enfermagem. Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. ULSLA Ortopedia, ² Licenciatura em Enfermagem. Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. ULSLA Medicina B, ³ PhD, Universidade de Évora, Investigador POCTEP 0445_4IE_4_P, Portugal, ⁴ CNS, MsC, Centro Hospitalar do Oeste, Portugal.

Corresponding Author: jjgomes120@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Com este estudo pretende-se desenvolver competências na área de Enfermagem de Reabilitação com pessoas com alterações do foro respiratório e défice do autocuidado. **Métodos:** Estudo descritivo cujos participantes são utentes internados no Serviço de Medicina B do HLA, com alterações da função respiratória e do autocuidado, alvos de cuidados de enfermagem de reabilitação com potencial de recuperação. **Resultados:** A implementação de um programa de Reeducação Funcional Respiratório demonstrou ganhos a nível dos Autocuidados e da Funcionalidade. **Conclusão:** foram realizadas intervenções junto de diferentes pessoas com diferentes patologias respiratórias e com diferentes idades. Devido à sua condição patológica, a sua capacidade para a execução dos autocuidados de forma independente encontrava-se diminuída. Com base nas necessidades identificadas foram concebidos planos de intervenção especializados e individualizados de forma a desenvolver competências específicas de Enfermagem de Reabilitação. **Palavras-chave:** Autocuidado, Funcionalidade, Envelhecimento, Idosos e Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Objective: This study intends to develop skills in the area of Rehabilitation Nursing with people with respiratory disorders and self-care deficit. **Methods:** Descriptive study whose participants are hospitalized in the medical service B in the HLA (Litoral Alentejano Hospital), with alterations in the respiratory functions and self-care, targets of rehabilitative nursing care, with recovery potential. **Results:** The implementation of a functional respiratory re-education program, demonstrated gains in self-care and functionality. **Conclusion:** Interventions were performed with different people with different respiratory diseases and with different ages. Due to their pathological condition, the ability to perform self-care independently was diminished. Based on identified needs, specialized and individualized intervention plans were designed to develop specific competencies in rehabilitation nursing.

Keywords: Self Care, Functionality, Aging, Elderly and Sensitive Nursing Care Results.

RESUMEN

Objetivos: Con este estudio se pretende desarrollar competencias en el área de Enfermería de Rehabilitación con personas con alteraciones del foro respiratorio y con déficit del autocuidado. **Métodos:** Estudio descriptivo cuyos participantes son pacientes internados en el Servicio de Medicina B del HLA con alteraciones de la función respiratoria y de autocuidado, que son objetos de cuidado de los enfermeros de rehabilitación con potencial de recuperación. **Resultados:** La implementación de un programa de Reeducción Funcional Respiratorio demostró mejorías a nivel de los autocuidados y de las funciones.

Conclusión: Fueron realizadas intervenciones a diferentes personas con diferentes patologías respiratorias y con diferentes edades. Debido a sus condición patológica, a su capacidad de forma independiente que se encontraba disminuida. Con base en las necesidades identificadas fueron concebidos planes de intervención especializados e individualizados con el propósito de desarrollar competencias específicas de enfermería de rehabilitación.

Palabras-clave: Autocuidado, Funcionalidad, Envejecimiento, Ancianos y Resultados Sensibles a los cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Reabilitação do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação é apresentado o Projeto de Estágio a desenvolver entre 14 de maio e 21 de junho de 2018 no serviço de Medicina B do Hospital do Litoral Alentejano (HLA), pertencente à Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA). O serviço onde decorrerá este Estágio de Reeducação Funcional Respiratória cuida de pessoas com diferentes graus de dependência e com diferentes idades, sendo a mais frequente a população idosa. As patologias mais comuns são as metabólicas, respiratórias, oncológicas e cerebrovasculares.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é o profissional com competência científica, técnica e humana para prestar cuidados gerais e especializados baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, assim como realizar intervenções terapêuticas ao nível das funções neurológicas, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras situações potencializadoras de incapacidade (Regulamento nº125/2011). As limitações das pessoas com doenças respiratórias são muitas, pelo que os cuidados de Reabilitação Respiratória são essenciais na prestação de cuidados e são já reconhecidos como benéficos no prognóstico da doença, na diminuição das exacerbações e consequente diminuição da utilização dos serviços de urgência (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

É competência do EEER dar resposta às limitações provocadas pelas doenças respiratórias, em situação aguda ou crónica e em contexto hospitalar ou domiciliário (OE, 2018).

O exercício profissional de Enfermagem centra-se na relação ente o profissional e o utente e a família/comunidade onde este se insere, contribuindo assim para a promoção da saúde. Desta forma, a tomada de decisão deve ser sistémica e sistemática tendo em conta os

problemas/necessidades reais identificados ou de forma a identificar precocemente problemas potenciais e evitar riscos, ajudando os utentes a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2012).

CONCEITOS

Queirós (2010), afirma que a necessidade da pessoa relativamente aos seus autocuidados se pode alterar, quer na capacidade autónoma para as satisfazer, quer na necessidade de apoio em situações de transição que possam surgir. Orem (2001), define autocuidado como “a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal”. Esta autora propõe entre 1959-1985 a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem centrada no autocuidado. Esta autora considera que a sua teoria é composta por três sub-teorias inter-relacionadas que são: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Queirós et al., 2014). A Teoria do Autocuidado descreve a razão pela qual as pessoas tomam conta de si próprias. Esta teoria permite compreender a ação benéfica da enfermagem quando as pessoas apresentam limitações que condicionam o desempenho das suas ações (Tomey & Alligood, 2002). No entanto, como descreve Queirós et al (2014), é necessário que haja um equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que a pessoa se consiga autocuidar. A Teoria do Défice do Autocuidado explica a razão pela qual a enfermagem pode ajudar as pessoas quando as exigências associadas à ação do autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para as executar devido a limitações que as deixam parcial ou completamente incapazes de cuidar de si (Tomey & Alligood, 2002). A Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Segundo Doran (2011), os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são definidos como cuidados de enfermagem direcionados para as necessidades expressas pelo utente ou pela comunidade com impacto na funcionalidade, autocuidado, gestão de sintomas, segurança/ocorrências adversas, satisfação do utente, a mortalidade e a utilização dos serviços de saúde. Donabedian (2003), relaciona as variáveis do utente (idade, género, educação, doença e co-morbilidades) e dos enfermeiros (nível de ensino e experiência, rácios, organização e carga de trabalho) com este processo.

Com este estudo pretende-se desenvolver competências na área de Enfermagem de Reabilitação com pessoas com alterações do foro respiratório e défice do autocuidado.

METODOLOGIA

O presente estudo classifica-se como descritivo com uma amostra de conveniência com pessoas selecionadas com base na patologia de interesse para o autor. Para a sua realização foi utilizada a Teoria de Médio Alcance de Manuel Lopes (2006) e a Metodologia de Estudo de Caso de Robert Yin (2003).

Na prestação de cuidados de saúde, a relação entre o profissional e o utente é descrita como essencial. Na Enfermagem, essa relação assume um papel particularmente importante por duas razões: o tempo que os enfermeiros passam com os utentes e o grau de intimidade que muitas vezes estas relações atingem, quer para o utente, quer para o enfermeiro (Lopes, M. 2006). Com base na metodologia apresentada por Lopes, M. (2006), existem dois grandes conceitos que caracterizam a relação entre o enfermeiro e o utente: a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica. Na avaliação diagnóstica, o enfermeiro recolhe informações relativas ao utente, quer através do seu processo clínico, quer de uma entrevista ao utente onde percebe essencialmente qual o seu conhecimento, as suas preocupações e as suas capacidades e estratégias. Nesta fase, estabelece-se o início da relação. Passada a avaliação diagnóstica, segue-se a intervenção terapêutica em que se iniciam os tratamentos e na qual existe uma reavaliação da ação constante, de forma a adaptar os cuidados prestados. Esta Relação vem também descrita no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2012), como o centro do exercício profissional de enfermagem, sendo que a relação terapêutica se caracteriza pela parceria estabelecida com o utente para a prestação dos cuidados, no respeito pelas suas capacidades.

A recolha de dados foi realizada entre 14 de maio e 15 de junho de 2018 através da consulta dos processos clínicos, dos planos de cuidados e da utilização dos instrumentos Elderly Nursing Core Set (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2012) e Medida de Independência Funcional (MIF) (Direção Geral de Saúde (DGS), 2011) para avaliar a funcionalidade dos utentes.

Segundo Fonseca, C. et al. (2017), a ENCS é uma escala composta por 25 itens sensíveis os cuidados de enfermagem, que permite avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem e os avaliar os resultados decorrentes do plano de reabilitação implementado. Esta escala permite avaliar quatro fatores: Autocuidado, Aprendizagem e Funções Mentais, Comunicação e Relação com Amigos e Cuidadores.

O conceito do Autocuidado integra doze indicadores: lavar-se, vestir-se, cuidar de partes do corpo, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, andar, realizar a rotina diária, manter a posição do corpo mudar a posição básica do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, utilização da mão e do braço, beber e comer. O conceito de Aprendizagem e Funções Mentais é constituído por seis indicadores: funções emocionais, funções da orientação, funções da atenção, funções da memória, funções da consciência e funções cognitivas de nível superior. O conceito de Comunicação é constituído por quatro indicadores: falar, conversação, comunicar e receber mensagens orais e relacionamentos familiares. Por último, o conceito de Relação com Amigos e Cuidadores é constituído por três indicadores: prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos (Fonseca, C. et al., 2017).

A MIF (DGS, 2011), permite realizar uma avaliação da capacidade funcional com o objetivo de estabelecer um plano de reabilitação individual. Este instrumento permite avaliar as restrições funcionais para a realização de tarefas motoras e cognitivas da vida diária através de seis dimensões (18 itens), nomeadamente: autocuidado, controlo de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e consciência do mundo exterior. Cada item é avaliado de 1 a 7, correspondendo, respetivamente, à dependência total e à independência completa. Os níveis de dependência são classificados de acordo com a pontuação total da MIF: 18 - dependência completa; 19 a 60 - dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas); 61 a 103 - dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas); e 104 a 126 - independência completa/modificada (Assis et al., 2015).

Participantes do Estudo de Caso

A População-alvo deste estudo foram utentes internados no Serviço de Medicina B do HLA, com alterações da função respiratória e do autocuidado, alvos de cuidados de enfermagem de reabilitação com potencial de recuperação. Foi realizada uma caracterização sociodemográfica dos participantes, tendo em conta a idade, o género, a nacionalidade, o estado civil, o agregado familiar, o nível de escolaridade e a profissão. Estes utentes são representados pelas letras A1, A2 e A3.

	A1	A2	A3
Idade	57A	56A	70A
Género	Masculino	Feminino	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa	Francesa	Portuguesa
Estado Civil	Solteiro	Casada	Casada
Agregado Familiar	Vive só	Vive com o marido	Vive com o marido

Nível de Escolaridade	Analfabeto	Ensino Superior	4º ano
Profissão	Reformado	Operária fabril	Reformada

Quadro 1 - Descrição Sociodemográfica dos participantes.

RESULTADOS

Primeiramente será feita uma breve descrição dos casos, consoante descrito pela metodologia de estudo de caso de Yin, R. (2003). Assim sendo,

Estudo de Caso A1:

Utente com 57 anos de idade, do sexo masculino, solteiro, reformado por invalidez, com capacidade para realizar os autocuidados mantida antes do internamento. Residia sozinho, mas tinha apoio do irmão. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de febre com um dia de evolução, dispneia e tosse produtiva com expectoração mucopurulenta com uma semana de evolução. Fica internado no serviço de Medicina B com o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) bilateral.

Na avaliação inicial, o utente encontrava-se no 2º dia de internamento. Apesar de apresentar dificuldade na compreensão dos ensinamentos, progressivamente com a repetição e demonstração dos mesmos, foi conseguindo alcançar resultados positivos no seu processo de reabilitação. Foram realizadas duas avaliações, uma inicial no início do internamento e outra final após a aplicação do programa pelo EEER, recorrendo ao ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e à MIF (DGS, 2011), conforme demonstrado no quadro seguinte:

Escala	Indicadores	Avaliação Inicial	Avaliação após intervenção de ER
Escala ENCS	Funcionalidade	Problema Moderado 25 %	Problema Ligeiro 10%
	Autocuidado	Problema Moderado 29%	Problema Ligeiro 10%
	Aprendizagem e funções da memória	Problema Ligeiro 21%	Problema Ligeiro 21%
	Comunicação	Problema Moderado 25%	Problema Moderado 25%
	Relação com amigos e familiares	Problema Ligeiro 17%	Problema Ligeiro 17%
	Auto- Cuidados	25	32

Escala MIF	Controlo dos Esfíncteres	14	14
	Mobilidade	12	21
	Locomoção	4	6
	Comunicação	8	8
	Consciência do Mundo exterior	15	15
	Total	78	96

Quadro 2 - Avaliação do utente A1 segundo a Escala ENCS e MIF.

O utente apresentava dificuldade na realização dos autocuidados por apresentar dispneia de esforço. Com a aplicação das intervenções pelo EEER, foi possível observar um ganho significativo na sua capacidade para os realizar, havendo uma diminuição da limitação no autocuidado de 29% (problema moderado) para 10% (problema ligeiro), o que no total se traduziu num ganho de funcionalidade de 15% na Escala ENCS (Fonseca e Lopes, 2014). Também na MIF (DGS, 2011) foi possível observar ganhos nos Autocuidados, Mobilidade e Locomoção, o que se traduziu num ganho total de 18 pontos.

Estudo de Caso A2:

Utente com 56 anos de idade, do sexo feminino, casada, operária fabril (estofadora), frequentou ensino superior. Capacidade para realizar os autocuidados mantida antes do internamento. Residia com o marido e intercalava períodos de permanência em França com Portugal. Recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Barreiro- Montijo por quadro de febre e dispneia com tosse não produtiva e dor pleurítica à esquerda. Foi transferida para o Hospital da área de residência, onde ficou internada no serviço de Medicina B com o diagnóstico de PAC extensa à esquerda.

Na avaliação inicial, a utente encontrava-se no 3º dia de internamento. Apresentava motivação e empenho nos ensinamentos e, progressivamente foi conseguindo alcançar resultados positivos no seu processo de reabilitação. Foram realizadas duas avaliações, uma inicial no início do internamento e outra final após a aplicação do programa pelo EEER, recorrendo ao ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e à MIF (DGS, 2011), conforme demonstrado no quadro seguinte:

Escala	Indicadores	Avaliação Inicial	Avaliação após intervenção de ER
Escala ENCS	Funcionalidade	Problema ligeiro 11%	Não há problema 0%
	Autocuidado	Problema Moderado 29%	Não há problema 4%

	Aprendizagem e funções da memória	Não há Problema 0%	Não há problema 0%
	Comunicação	Não há Problema 0%	Não há problema 0%
	Relação com amigos e familiares	Não há Problema 0%	Não há problema 0%
Escala MIF	Auto- Cuidados	26	42
	Controlo dos Esfíncteres	14	14
	Mobilidade	12	21
	Locomoção	4	6
	Comunicação	14	14
	Consciência do Mundo exterior	21	21
	Total	91	118

Quadro 3 - Avaliação do utente A2 segundo a Escala ENCS e MIF.

A utente apresentava dificuldade na realização dos autocuidados por apresentar dispneia de esforço e dor pleurítica à esquerda que limitava os movimentos. Com a aplicação das intervenções pelo ER e controlo algico, foi possível observar um ganho significativo na sua funcionalidade de 11%, segundo a Escala ENCS (Fonseca e Lopes, 2014). Este ganho foi demonstrado essencialmente a nível dos autocuidados em que houve uma diminuição da limitação de 29% (problema moderado) para 4% (não há problema). Na MIF (DGS, 2011), foi possível observar também ganhos a nível dos Autocuidados, Mobilidade e Locomoção, o que se traduziu num ganho total de 27 pontos.

Estudo de Caso A3:

Utente com 70 anos de idade, do sexo feminino, casada, reformada, com capacidade para realizar os autocuidados mantida antes do internamento. Residia com o marido. Recorreu ao Serviço de Urgência Básica da área de residência por febre com alguns dias de evolução acompanhada por dispneia. Neste mesmo dia foi encaminhada para o Serviço de urgência, onde teve alta hospitalar. Recorre novamente ao Serviço de Urgência do HLA três dias depois por agravamento da sintomatologia, ficando internada no serviço de Medicina B com o diagnóstico de PAC bilateral com derrame pleural bilateral.

Na avaliação inicial, a utente encontrava-se no 1º dia de internamento. Apresentava motivação e empenho nos ensinamentos e progressivamente foi conseguindo alcançar resultados positivos no seu processo de reabilitação. Foram realizadas duas avaliações, uma inicial no início do internamento e outra final após a aplicação do programa pelo EEER, recorrendo ao ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e à MIF (DGS, 2011), conforme demonstrado no quadro seguinte:

Escola	Indicadores	Avaliação Inicial	Avaliação após intervenção de ER
Escola ENCS	Funcionalidade	Problema ligeiro 16%	Problema 5%
	Autocuidado	Problema Moderado 40%	Problema ligeiro 13%
	Aprendizagem e funções da memória	Não há Problema 0%	Não há Problema 0%
	Comunicação	Não há Problema 0%	Não há Problema 0%
	Relação com amigos e familiares	Não há Problema 0%	Não há Problema 0%
Escola MIF	Auto- Cuidados	19	42
	Controlo dos Esfíncteres	14	14
	Mobilidade	9	15
	Locomoção	4	6
	Comunicação	14	14
	Consciência do Mundo exterior	21	21
	Total	81	112

Quadro 4 - Avaliação do utente A3 segundo a Escola ENCS e MIF.

A utente apresentava dificuldade na realização dos autocuidados por apresentar dispneia de esforço. Com a aplicação das intervenções pelo EEER, foi possível observar um ganho significativo na sua funcionalidade de 11% na Escola ENCS (Fonseca e Lopes, 2014). Estes ganhos foram demonstrados a nível dos Autocuidados em que houve uma diminuição da limitação em 27%, o que se traduziu numa passagem de problema moderado para ligeiro. Também na MIF (DGS, 2011), foi possível observar ganhos a nível dos Autocuidados, Mobilidade e Locomoção, o que representou um ganho total de 31 pontos.

DISCUSSÃO

Seguindo-se a metodologia de estudo de caso de Yin, R. (2003), segue-se a fase de congregar os resultados obtidos através da avaliação dos utentes.

Estudo de Caso	Escola	Intervenção Inicial	Intervenção Final	Ganhos por Parâmetro
A1	ENCS	Funcionalidade 25%	Funcionalidade 10%	15%
		Autocuidado 29%	Autocuidado 10%	19%

		Aprendizagem e funções da memória 21%	Aprendizagem e funções da memória 21%	0%
		Comunicação 25%	Comunicação 25%	0%
		Relação com amigos e familiares 17%	Relação com amigos e familiares 17%	0%
	MIF	78	96	18
A2	ENCS	Funcionalidade 11%	Funcionalidade 0%	11%
		Autocuidado 29%	Autocuidado 4%	25%
		Aprendizagem e funções da memória 0%	Aprendizagem e funções da memória 0%	0%
		Comunicação 0%	Comunicação 0%	0%
	MIF	91	118	27
A3	ENCS	Funcionalidade 16%	Funcionalidade 5%	11%
		Autocuidado 40%	Autocuidado 13%	27%
		Aprendizagem e funções da memória 0%	Aprendizagem e funções da memória 0%	0%
		Comunicação 0%	Comunicação 0%	0%
	MIF	81	112	31
Global dos Casos	ENCS	14%	7%	-----
	MIF	83	109	-----

Quadro 5 - Avaliação dos ganhos segundo a Escala ENCS e MIF.

Ao avaliar os resultados obtidos é possível observar que todos os participantes obtiveram ganhos. De uma forma geral, em todos os Estudos de Caso houve ganhos essencialmente a nível dos Autocuidados na Escala ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) em 24%, o que representou uma diminuição do défice de 14% para 7%. Na Escala MIF (DGS, 2011) houve um aumento da capacidade funcional de 83 para 109.

Para que tal fosse possível, foram implementadas intervenções de enfermagem de reabilitação que potencializaram os domínios sensíveis aos parâmetros avaliados consoantes os focos de atenção identificados, segundo a OE, (2018), nomeadamente:

Estudo de Caso	Focos de Atenção Identificados
A1	Ventilação Ineficaz Dispneia de esforço Tosse Expetoração
A2	Ventilação Ineficaz Dispneia de esforço Tosse
A3	Ventilação Ineficaz Dispneia de esforço

Quadro 6 – Identificação dos Focos de Atenção.

Consoante os focos identificados foram aplicadas diversas intervenções com o objetivo de melhorar os desequilíbrios da relação entre ventilação e perfusão de forma a maximizar a capacidade funcional da pessoa e prevenir complicações.

A primeira técnica a ser executada nos programas de reabilitação respiratória implementados foi o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, de forma a que os utentes pudessem ter controlo e uma melhor coordenação dos músculos respiratórios (Cordeiro & MENOITA, 2012). Esta técnica foi aplicada duas vezes por dia (de manhã e após o almoço) durante cerca de 10 minutos. Associada a esta técnica foi associada a expiração com os lábios semi-cerrados para diminuir o trabalho respiratório associado (OE, 2018). Esta última técnica foi utilizada também ao longo do turno como gestora de energia e associada aos exercícios abaixo descritos.

A Reeducação diafragmática foi outra das técnicas aplicada de forma a maximizar a ativação do diafragma durante a inspiração e minimizando a utilização dos músculos acessórios (BORGES et al., 2014). Esta técnica foi aplicada após a anteriormente descrita durante cerca de 10 minutos e também com a frequência de duas vezes por dia (de manhã e após o almoço) de acordo com a porção do diafragma a trabalhar. No Estudo de caso A1 e A3, interessava trabalhar com ambas as porções laterais do diafragma, uma vez que se tratava de PAC bilateral, enquanto que no Estudo de caso A2, foi trabalhada principalmente a porção esquerda do diafragma. Esta técnica foi realizada na posição de deitado com o decúbito associado à porção a trabalhar (Cordeiro & MENOITA, 2012).

De forma a melhorar a mobilidade torácica e a ventilação pulmonar foram realizados exercícios reeducação costal seletiva, no caso de A2 e global no caso de A1 e A3. Nas primeiras sessões os exercícios foram realizados de forma passiva e, progressivamente foi

sendo impressa alguma resistência de forma a fortalecer a musculatura inspiratória e a favorecer a desinsuflação (OE, 2018; Cordeiro & Menoita, 2012). Nas últimas sessões, uma vez que havia melhoria da dispneia, foram também associados movimentos ativos dos membros superiores.

No Estudo de Caso A3, a utente apresentava derrame pleural bilateral, pelo que foi incentivada a alternar decúbitos laterais de 2/2 horas de forma a prevenir aderências e a melhorar a ventilação do lado não dependente da gravidade (Terapêutica de Posição) (OE, 2018; Cordeiro & Menoita, 2012).

O utente do Estudo de Caso A1 apresentava Expetoração, pelo que foi executada a Drenagem Postural, de forma a mobilizar as secreções. As secreções localizavam-se nos segmentos anteriores dos lobos inferiores, pelo que o utente foi incentivado a adotar a posição de trendlemburg (decúbito dorsal com almofada sob a região poplíteia e cama com inclinação até 20°). O utente foi estimulado a manter-se 5 minutos nesta posição e a repetir quatro vezes por dia. A esta técnica foram associadas manobras acessórias para potenciar o descolamento das secreções deste segmento pulmonar. Foram realizadas compressões e vibrações durante 15 minutos e aplicada duas vezes por dia (de manhã e após o almoço) (OE, 2018; Cordeiro & Menoita, 2012).

Nos Estudos de Caso A1 e A2 os utentes apresentavam Tosse ineficaz e défice muscular toracoabdominal, pelo que foram aplicadas manobras de Tosse assistida de forma a promover a limpeza das vias aéreas. Esta técnica foi aplicada sempre que necessários e após a aplicação dos exercícios do programa acima descrito.

Uma vez que todos os utentes apresentavam dispneia de esforço, foram ensinadas e demonstradas técnicas de gestão de energia durante as atividades de vida, nomeadamente no treino de marcha, na higiene e na alimentação e posições de descanso como a posição de cocheiro sentado e de pé.

CONCLUSÃO

Segundo a OE (2010), as competências específicas do EEER são Cuida de Pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e Maximiza a funcionalidade

desenvolvendo as capacidades da pessoa. Cuida de Pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (OE,2010).

Durante o Estágio foram realizadas intervenções junto de diferentes utentes, com diferentes idades e que estavam impossibilitados de executar as suas atividades de vida de forma independente devido à sua condição de saúde. Com base nas necessidades identificadas foram concebidos planos de intervenção especializados e individualizados de forma a maximizar as suas capacidades e a diminuir as suas limitações, permitindo assim um melhor desempenho respiratório e, conseqüentemente melhoria da qualidade de vida, a reintegração e a participação social. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (OE,2010).

Nos planos de intervenção foram incluídos programas de treino de atividades de vida de forma a promover a adaptação às limitações decorrentes da patologia respiratória e a maximizar a autonomia e a qualidade de vida no meio hospitalar e como preparação para o domicílio, promovendo assim a sua reinserção social.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010).

De forma a maximizar as capacidades funcionais e permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, foram implementados programas de treino em função dos objetivos traçados com a pessoa. As intervenções a nível respiratório foram realizadas tendo em conta a patologia e as necessidades individuais de cada utente de forma a promover a sua reabilitação.

Todos os planos de cuidados foram desenvolvidos com a participação dos utentes, de forma a ir ao encontro das suas expetativas reais. Com a implementação destes programas obteve-se ganhos na sua funcionalidade, o que se traduziu no aumento da capacidade para realizar os autocuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assis et al. (2015). Medida de independência funcional em pacientes com claudicação intermitente. *Rev Esc Enferm*, 49(5):756-761- Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0756.pdf

Bardin, L. (2011) - *Análise de Conteúdo*. 5ª Edição. Lisboa: Edições 70.

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas. Lusociência.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Direção-Geral de Saúde, 054/2011, 1–19. Disponível em [file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20Lista/Downloads/i016752%20\(11\).pdf](file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20Lista/Downloads/i016752%20(11).pdf)

Donabedian, A. (2003). Uma introdução à garantia de qualidade nos cuidados de saúde. (1ª ed., Vol. 1). New York, NY: Oxford University Press.

Doran, D.M. (2011). Nursing Outcomes- the state of the science. 2ª ed. Canadá: Jones & Bartlett Learning.

Fonseca, C., et al (2017) Study of care needs of people aged 65 and over, proposed intervention of rehabilitation Nursing, *Journal of Aging & Innovation*, 6 (2): 32 - 42

Fonseca, Cesar; Lopes, M. (2012). Modelo de autocuidado para as pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem. Universidade de Lisboa, 195.

Lista, A., Fonseca, C. (2017) Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa dependente no autocuidado com comorbilidade, um Projeto de desenvolvimento de competências, *Journal of Aging & Innovation*, 6 (3): 75 – 81.

Lopes, M. (2006). A relação entre enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Formasau, 2006.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

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

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

Queirós et al. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Rev. Enf. Ref., 4 (3), pp.157-164.

Regulamenton125/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, Diário da Republica, 2ª série – Nº 35. Lisboa: Ministério da Saúde.

Yin, R. (2001). Estudo de Caso. Planejamento e Métodos (2ªed). Trad. Daniel Grassi – 2.ed.- Porto Alegre: Bookman Disponível em: <https://pt.slideshare.net/victorcastroguitar/yin-estudo-de-caso>.