

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio

**Enfermagem de Reabilitação e a Adesão à Terapêutica
Inalatória do Cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva
Crónica**

Tânia Catarina Vaz Moreira

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio

**Enfermagem de Reabilitação e a Adesão à Terapêutica
Inalatória do Cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva
Crónica**

Tânia Catarina Vaz Moreira

Orientador: Professora Cristina Saraiva

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



"Somos aquilo que fazemos consistentemente.
Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito"

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho, em especial à professora Cristina Saraiva pela qualidade da sua orientação ao longo deste percurso.

Às enfermeiras orientadoras, por todo o apoio e empenho na minha aprendizagem e formação.

Aos enfermeiros de ambos os contextos de estágio, pela disponibilidade demonstrada.

Ao Paulo, pela compreensão do meu (ainda maior) período de ausência.

Ao meu irmão, pela distração nos momentos oportunos.

E por fim, aos meus pais, a quem devo tudo o que sou.

SIGLAS

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

CAT- COPD *Assesement Test*

DGS- Direção Geral da Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE- Enfermeiro Especialista

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermagem de Reabilitação

GOLD- *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

NICE- *National Institute for Health and Care Excellence*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OLD- Oxigenoterapia de Longa Duração

PBE- Prática Baseada na Evidência

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR- Reabilitação Respiratória

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

VNI- Ventilação Não Invasiva

WHO- *World Health Organization*

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma das doenças respiratórias mais prevalentes, sendo uma causa major de morbidade e mortalidade em todo o mundo, porém, é de evidenciar que esta doença é tratável.

A mesma está relacionada com o aumento dos custos económicos associados, sendo que, as exacerbações desta doença constituem o principal montante desses custos. Uma das formas de tratar e prevenir as exacerbações é fomentar a adesão ao regime terapêutico, nomeadamente a terapêutica inalatória.

Nos clientes do foro respiratório, a principal terapêutica será por via inalatória e a mesma desempenha um papel central na gestão destas doenças, no entanto, a adesão a esta terapêutica é baixa. Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, terá um importante papel a desempenhar na promoção da adesão à terapêutica inalatória.

Foi elaborado um projeto de formação, no âmbito do curso de mestrado na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, com a temática da adesão à terapêutica inalatória no cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e o contributo da Enfermagem de Reabilitação. O mesmo projeto foi implementado ao longo de dois contextos de estágio, que culminou com a elaboração do presente relatório, onde é realizada uma descrição crítica dos objetivos e atividades implementadas em estágio e que contribuíram para o desenvolvimento de competências como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

No primeiro contexto de estágio, realizado num serviço de Pneumologia, prestei cuidados a clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, derrame pleural e pneumonia, desenvolvendo competências na Reeducação Funcional Respiratória e na promoção da adesão à terapêutica inalatória. O segundo contexto de estágio, realizado numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados, permitiu-me o desenvolvimento de competências, essencialmente na área sensoriomotora.

Tendo em conta que o autocuidado é um dos focos principais da Enfermagem de Reabilitação, recorreu-se à teoria do Autocuidado de Dorothea Orem para nortear o presente trabalho, uma vez que, ao fomentar a adesão à terapêutica inalatória estaremos a fomentar o autocuidado.

Palavras-chave: DPOC, terapêutica inalatória, EEER, autocuidado

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is one of the most prevalent respiratory diseases, being a major cause of morbidity and mortality worldwide, however, it is evident that this disease is treatable.

It's related to the increase in the associated economic costs, and the exacerbations of this disease constitute the principal amount of these costs. One way to treat and prevent exacerbations is to promote adherence to the therapeutic regimen, including inhaled therapy.

In the respiratory patients, the main therapy will be by inhalation and it plays a central role in the management of these diseases, however, adherence to this therapy is low. In this way, the Rehabilitation Nurse will have an important role to play in promoting adherence to inhaled therapy.

Under the master's degree specialization in Rehabilitation Nursing, a internship project was developed with the theme of adherence to inhaled therapy in the client with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and the contribution of Rehabilitation Nursing. The same project was implemented throughout two internship contexts, culminating in the elaboration of the present report, where is made a critical description of the objectives and activities implemented during the internship and contributing to the development of competencies as future Rehabilitation Nurse.

In the first stage, carried out in a Pulmonology department, I provided care to clients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, pleural effusion and pneumonia, developing skills in Respiratory Functional Reeducation and in promoting adherence to inhaled therapy. The second stage, carried out in an Integrated Continuing Care Team, allowed me to develop competencies, mainly in the sensorimotor area.

Considering that self-care is one of the main focuses of Rehabilitation Nursing, Dorothea Orem's theory of self-care was used to guide the present report, since encouraging adherence to inhaled therapy will encourage self-care.

Key words: COPD, inhaled therapy, EEER, self-care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1.DESCRICÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	21
1.1. Desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no contexto hospitalar	22
1.2. Desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no contexto comunitário	44
2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES	
Apêndice I- Projeto de Formação	
Apêndice II- 1º plano de cuidados no contexto hospitalar	
Apêndice III- 2º plano de cuidados no contexto hospitalar	
Apêndice IV- Folheto sobre o inalador Respimat®	
Apêndice V- Jornal de Aprendizagem realizado na ECCI	
Apêndice VI- 1º Plano de cuidados no contexto comunitário	
Apêndice VII - 2º Plano de Cuidados no contexto comunitário	
ANEXOS	
Anexo I- COPD <i>Assesement Test</i> –CAT	
Anexo II- Folha de registo de ER do serviço de Pneumologia	
Anexo III- Escala de Borg Modificada	
Anexo IV- <i>Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire</i>	
Anexo V- Escala de Braden	
Anexo VI- Escala <i>London Chest Activit of Dail Living</i>	
Anexo VII- Escala de Morse	
Anexo VIII- índice de Barthel	
Anexo IX- Escala de Ashworth	
Anexo X- <i>Medical Research Council</i>	
Anexo XI- Escala de Lawton & Brody	

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio surge após um percurso formativo, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER).

Como etapa preambular do estágio e por forma a melhor preparar o mesmo, foi desenvolvido um projeto de formação (Apêndice I), no qual estão espelhados os objetivos a atingir, com base no desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista (EE) e especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), em articulação com o 2º ciclo de estudos, conferente ao grau de mestre e em consonância com os descritores de Dublin.

Para além das competências mencionadas, pretendo também desenvolver competências na problemática da **intervenção da ER na adesão à terapêutica inalatória no cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**.

A adoção da problemática em estudo, surge após algum tempo de reflexão, alguma pesquisa e reuniões com a professora orientadora. Optei por abordar esta temática, também com o intuito de colmatar os meus défices de conhecimento sobre esta, e desta forma desenvolver os meus saberes e as minhas competências fora da minha “zona de conforto”.

A relevância e pertinência deste tema, surge também por um gosto e interesse pessoal pelo mesmo. A minha prática laboral num serviço de Ortopedia, permitiu-me perceber a importância da componente respiratória, uma vez que, os clientes do foro ortopédico desenvolvem frequentemente complicações respiratórias devido à imobilidade prolongada e na grande maioria dos casos, têm comorbilidades associadas, entre as quais a DPOC.

Este tema é também pertinente uma vez que a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015a) considerou emergente a investigação das intervenções autónomas do EEER na função respiratória.

A excelência da ER permite obter ganhos em saúde, transversais a todos os contextos da prática, que se manifestam na prevenção da incapacidade¹ e na recuperação das capacidades remanescentes, capacitando a pessoa para uma maior

¹ Incapacidade é um termo genérico para “deficiências, limitações da actividade e restrições na participação. Indica os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus factores contextuais (ambientais e pessoais)” (Organização Mundial da Saúde, 2004, p. 186).

autonomia. A mesma visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade², o autocuidado e a prevenção de complicações (Regulamento nº 350/2015). Pelo exposto, a ER será de extrema relevância na gestão da doença respiratória crónica.

Uma das doenças respiratórias crónicas³ mais relevantes pela sua elevada prevalência, é a DPOC⁴ (Direção Geral da Saúde [DGS], 2012). Esta é atualmente a quarta causa de morte em todo o mundo, no entanto, estima-se que em 2020 passe a ser a terceira. A mesma é uma causa major de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, sendo que muitas pessoas sofrem desta doença por muitos anos e morrem de forma prematura devido às complicações. No entanto, é de evidenciar que esta doença pode ser prevenida e tratada (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]*, 2018).

A prevalência da DPOC é de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos, aumentando com a idade e carga tabágica. Tem uma fraca expressão (2%) no grupo etário dos 40 aos 49 anos, sendo de 10,2% no grupo dos 50 aos 59 anos e atingindo o valor de 30,8% acima dos 70 anos. Nesta última faixa etária e no sexo masculino a prevalência da DPOC é muito elevada, atingindo valores de 47,2% (DGS, 2013a).

A DPOC está relacionada com o aumento dos custos económicos associados. Na União Europeia, o custo direto associado às doenças respiratórias é de cerca de 6% do total das despesas com a saúde, sendo que a DPOC representa 56% das doenças respiratórias. De realçar que as exacerbações da DPOC constituem o principal montante desses custos (GOLD, 2018). Tal pode estar relacionado com as conclusões obtidas por Cope, Fowler & Pogson (2015) que verificaram que após uma admissão hospitalar de um cliente com DPOC, um terço desses clientes serão readmitidos em menos de 90 dias após a alta.

É indispensável o diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento, para uma correta abordagem e eficácia na melhoria dos sintomas, diminuição das exacerbações e atraso no declínio da função pulmonar. Deve ser avaliada a etiologia dos sintomas,

² A funcionalidade caracteriza-se pelas habilidades necessárias para se manter uma vida independente e autónoma (Lobo & Pereira, 2007).

³ A doença respiratória crónica, refere-se a uma doença das vias respiratórias ou de outras estruturas do pulmão, sendo que irá ter um grande impacto na qualidade de vida e na funcionalidade dos clientes afetados (DGS, 2012).

⁴ A DPOC é uma doença comum, que pode ser prevenida e tratada, caracteriza-se por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo aéreo, sendo que estes podem levar a complicações das vias aéreas e/ou dos alvéolos, sendo a causa mais significativa a exposição ambiental (GOLD, 2018).

uma vez que os clientes tendem a desvalorizá-los por estes estarem ausentes em repouso ou por autolimitação da atividade física (DGS, 2011).

A dispneia é o sintoma que mais afeta as atividades de vida diária (AVD) do cliente e que o leva mais frequentemente a procurar os profissionais de saúde (Holmes & Scullion, 2015). A DPOC traduz-se por períodos de agravamento dos sintomas respiratórios, os quais são chamadas de exacerbações (GOLD, 2018).

Um dos objetivos no tratamento da DPOC é minimizar as exacerbações e reduzir os reinternamentos hospitalares (Holmes & Scullion, 2015). O controlo e tratamento desta afeção permitem, não só a melhoria da qualidade de vida dos clientes e famílias, como a maior racionalização dos elevados custos envolvidos (DGS, 2011).

Estes custos poderão estar também relacionados com o facto de em 2014, os internamentos por DPOC corresponderam a 33,3% da globalidade dos internamentos por doenças respiratórias (DGS, 2016).

O EEER terá um papel essencial neste âmbito, uma vez que é altamente recomendado que a avaliação, o tratamento e a preparação para a alta dos clientes com DPOC sejam feitos por um enfermeiro com formação acrescida na área da reeducação funcional respiratória. O benefício da ação destes enfermeiros na componente respiratória do cliente com DPOC foi atestado, levando a uma redução do internamento hospitalar de 7,68 dias para 5,15 dias e as taxas de readmissão hospitalar baixaram de 8,1 admissões por mês para 3,9 admissões (Cope, Fowler & Pogson, 2015).

Desta forma, importa tratar a prevenção das exacerbações da DPOC que estão relacionadas com os reinternamentos e uma das formas de o fazer é fomentar a adesão ao regime terapêutico. Nos clientes com doenças crónicas a taxa de adesão ao regime terapêutico nos países desenvolvidos é de apenas cerca de 50% (*World Health Organization* [WHO], 2003).

Para se ajustar a terapêutica apropriadamente à progressão da doença, os *follow-up* devem incluir uma discussão do regime terapêutico, supervisionando principalmente: (1) a medicação prescrita e as suas dosagens; (2) a efetividade do regime terapêutico; (3) efeitos secundários; (4) a técnica inalatória e (5) a adesão ao regime terapêutico (GOLD, 2018).

Nos clientes com DPOC a principal terapêutica será por via inalatória e de acordo com a revisão *Scoping* elaborada no projeto de formação, os estudos de Davis

et al. (2017), Sriram & Percival (2016), Ingebrigtsen et al. (2014) e Agh, Inotai & Meszaros (2011) revelam que a adesão a esta terapêutica nestes clientes é baixa.

A terapêutica inalatória desempenha um papel central na gestão da DPOC, todavia, muitos clientes não a realizam da forma mais correta, o que resulta numa diminuição de medicação administrada, o que por sua vez leva a que haja um menor controlo da doença (Riley & Kruger, 2017).

A via inalatória constitui o método preferencial para administração de terapêutica no tratamento de doenças respiratórias. A via inalatória tem muitos benefícios, nomeadamente, o célere início de ação pela deposição direta do fármaco no pulmão e a aquisição de efeitos terapêuticos com doses menores, em comparação com a via sistémica. Porém, para se obterem resultados positivos é necessário a utilização correta dos dispositivos de inalação (DGS, 2013b).

Num estudo que objetivou relacionar os níveis de adesão à terapêutica inalatória com as exacerbações da DPOC e com os custos associados, dos 13657 clientes com DPOC, 13,9% aderiram à terapêutica durante os 12 meses do estudo. No entanto, houve uma ligeira não adesão de 14,4%, moderada não adesão de 17,9% e 53,8% de não adesão do total da amostra (Davis et al, 2017). Logo a não adesão, pode dever-se a oportunidades perdidas durante os cuidados de saúde para otimizar a terapêutica e os seus benefícios.

No entanto, o estudo elaborado por Agh, Inotai & Meszaros (2011) que pretendeu estimar a adesão à terapêutica nos clientes com DPOC e os fatores que estavam relacionados com a não adesão, verificou que 58,2% do total de 170 clientes da amostra aderiram à terapêutica. Apesar de terem obtido valores diferentes dos obtidos por Davis et al. (2017) os autores do estudo consideram que a adesão ao regime terapêutico foi baixa.

A não adesão estaria relacionada com o facto de os clientes serem fumadores, uma vez que 90,1% dos clientes fumadores tenderam em não aderir. Também o número de medicação diária e as doses diárias influenciam a não adesão à terapêutica, uma vez que, quando as tomas diárias são superiores a 3 existe 55% de não adesão. Igualmente o esquecimento e sentir-se pior com a toma da medicação são causas apontadas para a não adesão (Agh, Inotai & Meszaros, 2011).

Também Sriram & Percival (2016) concluíram que a adesão à terapêutica inalatória é baixa nos clientes com DPOC e que, a técnica inalatória é realizada com um ou mais erros, com diferentes tipos de inaladores.

Desta forma, cabe ao EEER implementar estratégias tendo como escopo o fomento da adesão à terapêutica inalatória e prevenção das exacerbações. O EEER terá de garantir que o cliente faz um uso correto da mesma.

Recomenda-se que a prescrição de terapêutica inalatória só deva ser feita após treino da técnica e após os clientes executarem a mesma de forma satisfatória; se os clientes não executarem a técnica de forma correta deve ser encontrada outra alternativa; a técnica inalatória deve ser avaliada regularmente por um profissional de saúde, e se a técnica não estiver a ser executada de forma correta, deve fazer-se novamente o ensino (*National Institute for Health and Care Excellence [NICE]*, 2010).

É de suma importância que o EEER individualize as suas ações de fomento à terapêutica inalatória, uma vez que a seleção do inalador mais adequado é muito relevante, e deve ser escolhido tendo em conta as características dos clientes (o fluxo inspiratório, a idade, a capacidade manual e força para realizar a técnica), as suas necessidades, as características de cada inalador para que o cliente consiga executar a técnica de forma correta (Riley & Kruger, 2017).

A escolha do inalador deve ser feita de forma individualizada, tendo em conta vários fatores como os custos dos inaladores, mas acima de tudo, a capacidade e a preferência do cliente. Torna-se essencial que na altura da prescrição, se faça o ensino e treino da técnica inalatória, sendo que a mesma deve ser revista em cada oportunidade (GOLD, 2018).

No entanto, além da adesão à terapêutica inalatória, o EEER irá implementar outros cuidados com o intuito da reabilitação respiratória (RR) do cliente com DPOC, fazendo parte da equipa multidisciplinar que vai realizar a mesma.

A RR consiste numa prática multidisciplinar e numa intervenção baseada na evidência, para pessoas com doença respiratória crónica sintomáticas. É um tratamento individualizado, delineado para diminuir a sintomatologia, otimizar o estado funcional, aumentar a participação social e reduzir os custos de saúde através da prevenção de exacerbações (Jácome & Marques, 2014).

A função respiratória pode ser otimizada recorrendo a intervenções de RR usando medidas não farmacológicas, exercícios respiratórios e educação para a saúde, aumentando as capacidades físicas dos clientes, e os seus conhecimentos em relação à DPOC e à sua gestão. Desta forma, as sessões de educação para a saúde devem abarcar temas, tais como: estratégias de respiração, higiene traqueobrônquica, gestão de energia, técnicas de relaxamento, o uso da oxigenoterapia e a gestão da

terapêutica (Brooke, 2013).

Neste âmbito, a ação do EEER deve estar orientada para o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, que se encontra voltada sobretudo para os enunciados descritivos da prevenção de complicações e do autocuidado.

Tendo em conta que o autocuidado é um dos focos principais do EEER, a nortear o presente trabalho está o referencial teórico de Dorothea E. Orem. O mesmo fornece um subsídio valioso, uma vez que o cliente que tenha a sua componente respiratória comprometida e que possa vir a ter exacerbações terá o seu autocuidado também ele comprometido, por outro lado, ao fomentar a adesão à terapêutica inalatória estaremos a fomentar o autocuidado.

É importante ter um referencial teórico, pois as teorias de enfermagem são construções de uma prática idealizada, com a finalidade de guiar as ações de enfermagem.

O autocuidado é um dos conceitos centrais da enfermagem, sendo este o foco e o resultado da promoção de saúde, implicando um planeamento de atividades que visam aumentar os conhecimentos e habilidades dos indivíduos (Petronilho, 2012). O autocuidado define-se como uma prática de atividades que os indivíduos principiam e realizam para seu próprio benefício, com o intuito da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001).

Todo o indivíduo é capaz de se auto cuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida, a qual, Orem (2001) denomina de agente de autocuidado.

Todavia, o cliente com DPOC num estágio mais avançado da sua doença e durante as exacerbações, pode não conseguir ser o agente de autocuidado e necessitar de transferir essa responsabilidade para outra pessoa, sendo que neste caso a família e os cuidadores informais assumem grande importância.

As ações de autocuidado têm por intuito a satisfação dos requisitos de autocuidado. Estes dividem-se em três categorias: requisitos universais de autocuidado, requisitos de autocuidado de desenvolvimento e requisitos de autocuidado no desvio de saúde.

Os requisitos universais de autocuidado são comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas do seu ciclo de vida. Estão relacionados com a manutenção de uma quantidade suficiente de ar, manutenção de uma ingestão suficiente de água

e alimentos, a provisão de cuidados associados com a eliminação, a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso e entre a solidão e a interação social, a prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano, a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais (Orem, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento compreendem condições específicas que garantem o desenvolvimento normal da pessoa e a sua adaptação a novas situações. Os requisitos no desvio da saúde, são requeridos em condições de doença ou em situações de diagnóstico ou tratamento médico.

No cliente com DPOC, a satisfação dos requisitos universais de autocuidado, como a manutenção de uma quantidade suficiente de ar e o equilíbrio entre atividade e o repouso poderão estar comprometidos. Também os requisitos de desenvolvimento e de desvio da saúde poderão estar afetados no cliente com DPOC, devido às limitações que a doença acarreta.

A Teoria do Autocuidado é dividida por Orem na Teoria do Autocuidado, na Teoria do Défice de Autocuidado e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

A DPOC é uma doença incapacitante, que afetará a realização das atividades de autocuidado, neste caso, surge défice de autocuidado, que se emoldura na Teoria do Défice de Autocuidado.

A Teoria do Défice do Autocuidado expressa a razão pelo qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem (Petronilho, 2012). O défice de autocuidado surge quando as necessidades dos indivíduos são superiores às suas capacidades de autocuidado. Após a avaliação do défice de autocuidado o enfermeiro irá adequar a sua intervenção com o intuito de minimizar os efeitos do défice (Orem, 2001).

A mesma autora identifica cinco formas de ajuda: (1) agir ou fazer para outra pessoa; (2) guiar e orientar; (3) proporcionar apoio físico e psicológico; (4) proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e por fim (5) ensinar.

Para que um comportamento seja considerado autocuidado, deve estar voltado para dar resposta a um requisito de autocuidado, e mediante os défices identificados a intervenção do enfermeiro pode passar por três sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação (Orem, 2001). Em cada cliente pode ser usado um ou mais do que um dos três sistemas, pois este pode ser dependente em determinados requisitos de

autocuidado, porém independente nos restantes.

Destaco o sistema de apoio-educação, com vista à promoção da adesão à terapêutica inalatória uma vez que um dos meios de conseguir a adesão é através dos ensinamentos realizados ao cliente com DPOC. Neste sistema o cliente necessita apenas de apoio, orientação e instrução por parte do EEER, pois o mesmo é capaz de desempenhar o seu autocuidado.

Logo, o enfermeiro promove o cliente como um agente de autocuidado, estimulando a tomada de decisão e a aquisição de conhecimentos e habilidades (Orem, 2001). É importante que haja um ambiente facilitador do desenvolvimento e da aprendizagem, sendo que este sistema de apoio-educação é também pertinente nos cuidadores informais (Petronilho, 2012).

A aquisição de conhecimentos e de habilidades pelo cliente, remete para o *empowerment* em saúde, este é um processo através do qual o cliente adquire controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, promovendo um maior envolvimento deste no planeamento do seu projeto de saúde, como ser ativo e autónomo, detentor de capacidades para a tomada de decisão (WHO, 1998).

O EEER deverá estar munido de competências, que lhe permitam implementar dinâmicas de intervenção promotoras de saúde e do *empowerment* do cliente/família, e conseqüentemente da sua autonomia⁵, para a construção dos seus projetos de saúde, onde se inclui a adesão à terapêutica inalatória.

O autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Doran et al. 2006). Desta forma, os enfermeiros e nomeadamente os EEER devem demonstrar até que ponto os resultados nos clientes se alteram com a sua intervenção, uma vez que, não haver a garantia e evidência de que os cuidados de enfermagem irão influenciar diretamente os resultados obtidos pelos clientes, será danoso para a enfermagem como profissão (Doran, 2011).

Com o intuito de complementar a formação teórico-prática desenvolvida ao longo do 1º e 2º semestres e como forma de aquisição das competências previstas no projeto de formação e operacionalização dos objetivos traçados, surge a realização do estágio.

O estágio apresenta-se como um tempo de excelência, para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico reflexivas,

⁵ O conceito de autonomia refere-se à perspectiva de que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre, dispondo das condições mínimas para se auto realizar (Nunes, 2012).

mas concomitantemente, será fonte de dificuldades e promotor de sentimentos de insegurança e de stress nos formandos (Longarito, 2002).

O mesmo foi repartido em dois contextos. O primeiro foi desenvolvido num serviço de Pneumologia de um Hospital Central, teve início a 25 de Setembro e prolongou-se até 24 de Novembro de 2017. A escolha deste contexto de estágio deveu-se à sua especificidade nas doenças respiratórias, nomeadamente a DPOC. Após a entrevista realizada, constatou-se que as principais áreas de prestação de cuidados seriam a reeducação funcional respiratória (RFR), a ventilação não invasiva (VNI), a oxigenoterapia de longa duração (OLD) e a terapêutica inalatória, existindo no serviço uma relevante componente de educação para a saúde nas áreas mencionadas. Assim, este serviço permitiu dar resposta ao projeto de formação e desenvolver competências na temática escolhida.

O segundo contexto de estágio, foi desenvolvido numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), teve início a 27 de Novembro de 2017 e estendeu-se até 9 de Fevereiro de 2018.

Ao nível dos cuidados continuados integrados, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde, resultantes de uma alteração da capacidade funcional do cliente e/ou alteração do estilo de vida resultante de deficiência/incapacidade ou doença crónica. Compete-lhe ainda tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações/incapacidades, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial do cliente (OE, 2009a).

O contexto em ECCI permitiu-me prestar cuidados de ER a clientes predominantemente do foro sensoriomotor, em que as patologias mais prevalentes foram a esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, neoplasia do pulmão, doença de Batten, amputações do membro inferior e o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Foi premissa, ao longo do estágio, a prestação de cuidados de ER centrados no cliente. O mesmo foi baseado numa prática reflexiva, com o intuito da responsabilização pela autoaprendizagem, compreendendo e criticando as experiências ocorridas, dando-lhes significado.

As práticas reflexivas assumem grande vigor no contexto clínico, por ser o local onde se interligam os conhecimentos teóricos com a prática, e por se gerar a necessidade de reflexão para a tomada de decisão (Peixoto & Peixoto, 2016).

A mesma é uma habilidade importante para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, pois permite que os mesmos se tornem auto conscientes e prestem os

melhores cuidados (Dolphin, 2013). Portanto, a prática reflexiva assume-se como uma premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos (Peixoto & Peixoto, 2016). Desta forma, permite aos futuros EEER buscarem uma compreensão profunda dos cuidados a conceder e alcançar cuidados de excelência, que se traduzem em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER.

O presente relatório pretende dar resposta à seguinte questão: **“Quais as intervenções de ER ao cliente com DPOC com vista à adesão à terapêutica inalatória?”**

Os objetivos gerais que foram traçados no projeto, para serem alcançados em estágio são:

- Desenvolver competências no domínio dos cuidados de enfermagem de reabilitação no cliente com DPOC com vista à adesão à terapêutica inalatória;
- Desenvolver competências no domínio dos cuidados de enfermagem de reabilitação no cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e da sexualidade.

A prática baseada na evidência (PBE) afigura-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, associando-se a um maior desenvolvimento profissional (Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

Para a elaboração do relatório e para fomentar a PBE, realizou-se pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrónicas, nomeadamente a CINAHL e MEDLINE através da plataforma EBSCO, tendo sido produzida uma revisão *Scoping*, que se encontra no projeto de formação. A pesquisa estendeu-se a sites de entidades governamentais, livros, teses de mestrado na área da ER e decretos-lei.

No que respeita à organização estrutural deste relatório, seguem-se à presente introdução, o primeiro capítulo onde consta a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas. O mesmo dividir-se-á em dois subcapítulos, em que o primeiro irá abordar o desenvolvimento das competências do EEER no contexto hospitalar e o segundo no contexto comunitário.

Nestes dois subcapítulos, serão descritos os objetivos específicos traçados no projeto e as atividades realizadas em estágio que permitiram atingir esses objetivos, e por outro lado, desenvolver as competências comuns do EE e específicas do EEER. De seguida, far-se-á uma avaliação do percurso formativo e por fim, as considerações finais.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O EE é aquele que, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, possui um alevantado conhecimento num domínio da enfermagem. Demonstra elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão, que se traduzem num conjunto de competências⁶ especializadas (OE, 2010a).

A mesma fonte menciona que o EE, deve alcançar um conjunto de competências comuns, organizadas em quatro domínios, que compreendem a **“responsabilidade profissional, ética e legal”**, a **“melhoria contínua da qualidade”**, a **“gestão de cuidados”** e o **“desenvolvimento de aprendizagens profissionais”**.

Considera-se que todas as atividades desenvolvidas em estágio foram assentes nos pressupostos do Código Deontológico e na individualidade do cliente/família. Sendo que, a competência comum do EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é transversal a todo o estágio.

Entende-se por competências comuns as que são partilhadas por todos os EE e por competências específicas, as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade (OE, 2010a).

O EEER tem um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, que lhe permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao tratamento e reabilitação, maximizando o potencial do cliente (OE, 2010b).

De acordo com a mesma fonte, o EEER serve-se de técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e das pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração dos clientes na família e na comunidade, facultando-lhes o direito à dignidade e à qualidade de vida. Assim, a OE definiu as seguintes competências específicas do EEER (OE, 2010b, p. 2):

- cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados (J1);

⁶ Para Le Boterf (1995), competência consiste num saber agir responsável, reconhecido pelos outros e que implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional.

- capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição na participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2);
- maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3).

Descrevem-se cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências dos enfermeiros: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. O enfermeiro perito tem grande experiência e compreende cada situação de forma intuitiva, apreendendo diretamente o problema, não se perdendo em diagnósticos estéreis (Benner, 2001). O desenvolvimento destas competências, leva também a um aumento da perícia, que espero vir a atingir no âmbito da ER.

Ao longo do estágio, tentei que o meu desenvolvimento de competências se cimentasse em algumas características, muito relevantes para os enfermeiros, tais como: uma personalidade humanista e responsável; a posse de conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados; a capacidade de analisar os acontecimentos de forma crítica, de tomar decisões, de agir perante o inesperado; de trabalhar em equipas multidisciplinares e uma atitude de aprendizagem contínua (Alarcão & Rua, 2005).

No entanto, o meu desenvolvimento de competências também teve por base os Descritores de Dublin, que definem as competências a desenvolver ao nível do 2º ciclo de estudos, das quais fazem parte a aplicação de conhecimentos e compreensão; a realização de juízos profissionais e tomada de decisão; capacidade de comunicação e ainda a autoaprendizagem (Direção Geral do Ensino Superior, 2008). O desenvolvimento destas competências está espelhado ao longo do trabalho.

Considero que os dois contextos de estágio foram complementares, uma vez que o contexto no serviço de Pneumologia permitiu-me realizar atividades maioritariamente na componente respiratória e o contexto em ECCI maioritariamente na componente sensoriomotora. Desta forma, optei por abordá-los separadamente, uma vez que as atividades desenvolvidas foram distintas, agregando a cada contexto os objetivos específicos que atingi no mesmo.

1.1. Desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no contexto hospitalar

O primeiro contexto de estágio, foi hospitalar, num serviço de Pneumologia, que como já foi referido permitiu-me dar resposta ao meu projeto de formação, uma vez que a DPOC era uma patologia muito prevalente e porque dava grande relevo á

terapêutica inalatória. Desta forma, foi realizada anteriormente ao início do estágio, uma entrevista à enfermeira chefe, cujo guião consta no projeto de formação, este foi elaborado com o intuito de compreender se o serviço se adequaria ao projeto.

No projeto de formação, defini objetivos específicos para atingir no período de estágio, um dos objetivos que tracei foi “**integrar a equipa multidisciplinar**”.

Uma boa integração contribui para o desenvolvimento de outras competências, porém, inicialmente senti alguma apreensão porque desconhecia de todo o serviço e a sua equipa, além de que, estar de novo no papel de aluna é um pouco incómodo. Todavia, a enfermeira orientadora mostrou-se muito disponível, tal como a restante equipa de enfermagem, tal contribuiu para aumentar a minha segurança.

Para atingir o objetivo, inicialmente debrucei-me no conhecimento das dinâmicas de funcionamento e de organização do serviço, a par de, conhecer os recursos humanos e materiais existentes para a prestação de cuidados de ER. Penso que consegui adquirir estes conhecimentos de uma forma célere, uma vez que seriam muito relevantes para a minha prática enquanto estudante. Assim, o serviço dispõe de 4 EEER, sendo que 2 fazem *roullmant* e 2 fazem apenas os turnos da manhã, onde se inclui a enfermeira orientadora. Neste serviço os EEER não prestam apenas cuidados de ER, tendo clientes a seu cargo, aos quais prestam cuidados gerais e articulam por forma a prestar também cuidados de ER.

A passagem de turno constitui um momento deveras importante, pois permite a obtenção de todas as informações relevantes alusivas aos clientes. A mesma assegura a continuidade de cuidados, num momento de análise das práticas e de formação em serviço, contribuindo também para qualidade dos cuidados e segurança do cliente (Cavaco & Pontífice-Sousa, 2014).

Após a mesma, o chefe de equipa fazia a distribuição dos enfermeiros e também se distribuíam os EEER, sendo que para fomentar a continuidade de cuidados, havia o cuidado de manter os clientes com o mesmo EEER, se tal fosse possível. Esta continuidade de cuidados também se revelou muito útil na minha aprendizagem, porque permitiu que eu prestasse cuidados de ER aos mesmos clientes, e assim, implementar um plano de cuidados ao qual pude dar seguimento, implementando alterações quando necessário e avaliando os resultados.

Ao identificar os métodos de organização de trabalho e articulação com a equipa multidisciplinar, pude verificar que existe uma relação construtiva e de colaboração entre os vários elementos da equipa, tais como, o médico, assistente

social, nutricionista e fisioterapeuta. Julgo que consegui rapidamente identificar as principais funções do EEER no serviço de Pneumologia, sendo que as mesmas serão retratadas ao longo do presente trabalho.

Consultei os manuais do serviço, e tal foi muito profícuo na minha integração, sendo que havia uma grande panóplia de documentos relativos à ER, que fui consultando ao longo do estágio. Também a identificação dos projetos do serviço contribuiu para a integração, os mesmos consistem no fortalecimento da musculatura expiratória no cliente com DPOC e o projeto “Cuidar em Contexto Familiar”.

O projeto direcionado aos clientes com DPOC, tem por escopo o treino da musculatura expiratória, para esse fim, durante as sessões de RFR utiliza-se o inspirómetro de incentivo invertido. O cliente inicia a RFR medindo o débito expiratório máximo, através do *Peak Flow Meter*⁷ e o impacto da doença através do COPD *Assesment Test* –CAT (Anexo I), voltando a avaliar-se antes da alta, com o intuito de se verificar os resultados obtidos.

O questionário CAT é aplicado aos clientes com DPOC, tendo o objetivo de indicar de forma confiável o estado de saúde do cliente. O mesmo é formado por 8 questões que abordam os principais sintomas da DPOC, sendo sensível às exacerbações e aos períodos de estabilidade após RR (Gruffydd-Jones et al., 2013). Permite avaliar o impacto da DPOC na vida da pessoa (Cordeiro & Menoita, 2012).

O *Peak Flow Meter* permite saber o fluxo de ar que atravessa as vias aéreas, permitindo desta forma determinar o grau de obstrução das mesmas. Logo, contribui também para monitorização da progressão da doença (Adeniyi & Erhabor, 2011).

Penso que este projeto é deveras importante, tanto para os clientes, como para os EEER e serviço. Desta forma, consegue-se verificar se os resultados obtidos nos clientes foram benéficos, e se tal acontecer, podemos falar em resultados sensíveis aos cuidados de ER.

No âmbito da terapêutica inalatória surge o projeto “Cuidar em Contexto Familiar”. Este consiste no ensino e treino da técnica inalatória, principalmente nos clientes aos quais foi prescrito durante o internamento, um inalador ou um inalador diferente. Assim, com o intuito de dar continuidade aos cuidados após a alta, é realizado um contacto telefónico uma semana após a mesma.

⁷O *Peak Flow Meter* é um pequeno dispositivo que mede o fluxo expiratório máximo, após uma inspiração máxima (Adeniyi & Erhabor, 2011).

Tentei desde cedo apreender a forma de realizar os registos de ER. Os mesmos eram feitos de uma forma resumida no sistema informático, sendo mais completos na folha de registo de ER (Anexo II). Esta folha, revelou-se muito útil na avaliação do cliente e nas sessões de RFR, uma vez que se constitui por vários itens da avaliação e das várias intervenções de RFR que podem ser implementadas.

Os estágios clínicos são momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005). Pelas atividades descritas, julgo ter alcançado o objetivo proposto e ter ido ao encontro do desenvolvimento das seguintes competências do EE: adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados e desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

O EEER deverá pautar a sua intervenção na ética e deontologia profissional, como tal, tracei o objetivo de **“desenvolver a tomada de decisão⁸ enquanto EEER assente na ética e deontologia profissional”**, sendo que as atividades que realizei para o atingir, foram comuns aos dois contextos de estágio.

No que concerne à minha tomada de decisão, penso que a mesma teve uma evolução favorável, uma vez que nas últimas semanas de estágio, sentia já uma maior segurança na tomada de decisão relativamente aos cuidados de ER a prestar.

Para tal, tentei conhecer profundamente o cliente/família, através da consulta do processo clínico e através do contacto direto com os mesmos, percebendo as suas necessidades. Também contribuíram, as orientadoras de estágio, a professora e a troca de ideias tida ao longo do estágio, que me possibilitaram refletir na prática e reformular os cuidados de ER quando necessário. Também a pesquisa individual que fui realizando e a revisão dos conteúdos teóricos permitiram-me enquadrar melhor a teoria na prática dos cuidados de ER e desta forma, que a minha prática fosse baseada na evidência.

Ao longo de todo o estágio reconheci o cliente como um ser único, com autonomia, e logo, como um parceiro em toda a prestação de cuidados. Desta forma, os planos de intervenção foram desenvolvidos em parceria com o cliente e família/cuidador, com o intuito da promoção da autonomia e do autocuidado.

⁸ A tomada de decisão, pode ser definida como sendo a escolha entre duas ou mais alternativas de ação que proporcionem alcançar um determinado resultado esperado (Nunes, 2007).

O cuidar centrado no cliente significa ajudá-lo a desenvolver mecanismos de adaptação à sua nova condição, a suportar a sua incapacidade, a sua deficiência, as suas características particulares, com vista à sua integração na sociedade sem o sentimento de inferioridade (Hesbeen, 2001). A prestação de cuidados de ER centrados no cliente, foi algo ao qual dei vital importância.

A prática de enfermagem centrada na pessoa, evidencia a necessidade dos enfermeiros se empenharem numa prática de cuidados humanísticos, pela parceria com a pessoa na corresponsabilização pelo seu projeto de saúde, garantindo a sua autonomia perante uma tomada de decisão refletida (McCormack & McCance, 2010).

A minha tomada de decisão foi ancorada no Código Deontológico, promovendo um exercício profissional de acordo com o mesmo, no seio da equipa multidisciplinar do serviço de Pneumologia e da ECCI, sendo que, as crenças e valores do cliente/família foram sempre respeitadas.

A Deontologia em Enfermagem integra um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro. Considera-se vasto, porque inclui as diferentes dimensões da prestação de cuidados. Poderoso porque, se encontra abarcado numa lei. A sua aplicação revela-se, deste modo, como fulcral na procura do melhor agir profissional, orientando e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros (OE, 2015b).

Para o fomento do meu desenvolvimento profissional e também para dar resposta ao objetivo traçado, contribuíram o pensamento crítico⁹ e como já foi mencionado, a prática reflexiva. A última foi deveras importante para o sucesso do estágio e para o fomento da minha aprendizagem, uma vez que a minha tomada de decisão enquanto futura EEER, foi sempre devidamente sustentada e refletida. Para tal, ao fim de cada turno realizado, refletia no que tinha corrido bem e menos bem e mentalmente reformulava o que tinha corrido menos bem, fazendo essa integração nos turnos posteriores.

A prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação tanto dos estudantes como dos profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas (Santos & Fernandes, 2004).

⁹ O pensamento crítico poder-se-á definir como sendo a capacidade de julgar com discernimento e raciocínio com vista a uma compreensão consciente dos fenómenos, de modo ordenado, objetivo, coerente e com recurso a provas, não admitindo afirmações sem reconhecer a sua legitimidade (Santos, 2003).

De acordo com a mesmas autoras, a reflexão sobre a prática tem como objetivo, aumentar a confiança do estudante, abordar a enfermagem de um modo mais crítico, intencional e sistemático e obter mais conhecimentos a partir das experiências práticas.

Considero que fiquei mais segura relativamente à tomada de decisão dos cuidados de ER a prestar, tendo em conta a patologia do cliente, os objetivos a atingir de acordo com as especificidades de cada cliente e família e o plano de ER elaborado para os atingir. Com esta maior segurança na tomada de decisão, sinto que também fiquei mais autónoma na prestação de cuidados.

A tomada de decisão é essencial para a autonomia profissional do enfermeiro, sendo que, os enfermeiros autónomos são responsáveis pelas suas decisões e podem influenciar a profissionalização da enfermagem (Ribeiro, 2011).

Um estudo elaborado pelo mesmo autor, que teve como objetivo analisar a correlação entre o nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho e as variáveis dos enfermeiros, concluiu que os enfermeiros que se manifestam mais satisfeitos com a sua profissão, e revelam mais capacidade de tomada de decisão no contexto de trabalho, expressam também uma maior perceção de autonomia profissional.

Por tudo o descrito, considero ter desenvolvido a minha tomada de decisão e desenvolvido as seguintes competências do EE: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste âmbito tracei o objetivo de **“Colaborar na implementação de planos de RFR no cliente com patologia respiratória”**.

Com o intuito da consecução do supradito objetivo, muito contribuiu a melhoria da minha perícia na avaliação do cliente, uma vez que, antes da implementação de qualquer plano de RFR, era feita uma avaliação objetiva e subjetiva do cliente, baseada na teoria do autocuidado de Orem.

A avaliação do cliente do foro respiratório é deveras importante, para se conseguir um plano de RFR que vá ao encontro das suas necessidades. Logo, antes da implementação de qualquer plano, procedi à recolha dos dados clínicos do processo e informações dos exames complementares de diagnóstico, a avaliação de sinais vitais, avaliação do padrão respiratório, assim como, conversar com o cliente,

por forma a saber os seus conhecimentos sobre a patologia e sobre a RFR e também os objetivos que o cliente tem para si próprio.

Tendo em conta as atividades planeadas e inserida na avaliação objetiva do cliente está o treino da prática de auscultação pulmonar e a interpretação imagiológica. Julgo que, com o decorrer do estágio, consegui melhorar a minha perícia na auscultação pulmonar, nomeadamente na identificação e diferenciação dos ruídos adventícios e sua relação com a patologia do cliente. Quanto à interpretação da radiografia de tórax, também desenvolvi esta competência com o decorrer do estágio.

Também para complementar a avaliação do cliente, é útil recorrer a instrumentos de avaliação. Estes são de extrema importância para a continuidade de cuidados e para a investigação em enfermagem.

O uso de escalas e instrumentos de avaliação contribui para a avaliação da capacidade funcional e do potencial de reabilitação dos clientes, para a promoção do autocuidado e monitorização da sua evolução. Constitui um meio facilitador para avaliação das necessidades de cuidados do cliente, avaliação do impacto da doença, planeamento, implementação de intervenções e avaliação contínua (Hoeman, 2011).

As escalas que mais utilizei neste contexto foram a escala de Borg modificada (Anexo III), o questionário da dispneia (*Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*) (Anexo IV), o questionário CAT, a escala de Braden (Anexo V), a escala *London Chest Activit of Dail Living* (Anexo VI), a escala de Morse (Anexo VII) e o índice de Barthel (Anexo VIII).

Após a avaliação do cliente e antes da implementação de qualquer cuidado de ER, refletia, tendo em conta o diagnóstico, os sintomas e o estado geral do cliente, em quais os objetivos a atingir e quais as técnicas/exercícios de RFR ou outras componentes da RR a implementar, para alcançar esses objetivos.

Numa fase inicial do estágio, tinha alguma dificuldade no exercício mental de perceber quais as intervenções mais adequadas, tendo em conta os objetivos a atingir e as particularidades do cliente, no entanto, esta dificuldade foi sendo ultrapassada ao longo do estágio, com o apoio da enfermeira orientadora, da professora orientadora e também através de toda a pesquisa bibliográfica que fui consultando.

Assim, implementei um programa de RFR, a um cliente ao qual também elaborei um plano de cuidados (Apêndice II). Trata-se do Sr. P. que deu entrada por uma exacerbação da DPOC, por infeção traqueobrônquica e insuficiência respiratória parcial, apresentando dispneia e tosse com expetoração purulenta. À luz da teoria do

autocuidado, tem os requisitos universais de manutenção de uma quantidade suficiente de ar e promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais alterados, tal como, os requisitos nos desvios de saúde.

As exacerbações da DPOC caracterizam-se pelo aumento da secreção brônquica, edema da mucosa e broncospasmo, na maioria das vezes em contexto infeccioso (Branco et al., 2012). Os objetivos a atingir no cliente com DPOC, são ajudar a controlar o padrão respiratório, promover uma ventilação eficaz e aliviar os sintomas de dispneia (Hoeman, 2000).

As intervenções a realizar foram elencadas nos sistemas parcialmente compensatório e essencialmente apoio-educação, uma vez que o cliente conseguia realizar as suas atividades de autocuidado.

Este cliente revelou-se particularmente desafiante. No início, apresentava-se um pouco cético em relação à RFR. Então, como estratégia para que o cliente não desistisse da mesma e até se sentisse mais motivado, tentei estabelecer uma relação empática e instruí-lo dos benefícios que podiam advir da RFR. Ao longo da sessão, fui sempre explicando quais os objetivos de cada exercício e corrigindo quando era necessário, relacionando sempre os exercícios com os objetivos a atingir na DPOC.

Todos os planos de RFR que efetuei, iniciaram-se por uma posição de descanso e relaxamento, associada ao controlo e dissociação dos tempos respiratórios, tal como aludem Cordeiro & Menoita (2012). A implementação da mesma permitirá a tomada de consciência da respiração, a redução da sensação de dispneia e o aumento do controlo da respiração, focando o cliente para o processo de reabilitação (Branco et al., 2012).

Para se conseguir aliviar os sintomas de dispneia, melhorar a ventilação e fortalecer a musculatura expiratória, foi implementado um plano que consistiu no ensino das posições de alívio da dispneia, com expiração com os lábios semicerrados, enfatizando a importância da fase expiratória.

A expiração com os lábios semicerrados é essencial no cliente com DPOC, uma vez que tem por objetivo reduzir o colapso alveolar, a hiperinsuflação, a dispneia e melhorar as trocas gasosas, a mesma deve ser duas a três vezes maior do que a inspiração (Hoeman, 2000).

Também se fez o ensino e implementação de exercícios de reeducação diafragmática, tais como, reeducação diafragmática da porção posterior e reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda.

O objetivo da reeducação diafragmática nos clientes com DPOC, é aumentar o uso do diafragma para reduzir o trabalho respiratório, uma vez que o cliente irá usar menos os músculos acessórios da respiração (Hoeman, 2000).

De acordo com a mesma autora, a reeducação diagramática com resistência objetiva fortalecer o diafragma ou melhorar a sua resistência ao esforço, também fortalecendo a musculatura abdominal.

O treino dos músculos respiratórios é fundamental no cliente com DPOC. A hiperinsuflação crônica conduz ao encurtamento dos músculos inspiratórios, nomeadamente o diafragma, levando a uma diminuição da sua força e resistência, com aumento do trabalho dos músculos inspiratórios acessórios e agravamento da dispneia (Branco et al., 2012).

Foram implementados exercícios de reeducação costal, tais como, reeducação costal global com utilização de bastão, reeducação costal seletiva ântero-inferior e abertura costal seletiva direita e esquerda. À luz do projeto implementado no serviço para os clientes com DPOC, o cliente usou o inspirómetro de incentivo invertido, para fortalecimento dos músculos expiratórios. A técnica consiste na utilização do inspirómetro de forma invertida, expirando através do bucal por forma a elevar o pistão até ao topo da coluna.

Os exercícios de reeducação costal foram implementados, uma vez que melhoram a mobilidade torácica e articular, auxiliam a repor ao diafragma e músculos acessórios uma posição mecanicamente mais vantajosa, contribuem para a desobstrução das vias aéreas, melhoram a ventilação e a postura corporal e diminuem a dor torácica (Branco et al.,2012).

O cliente realizou todos os exercícios de RFR com 10 repetições, com tolerância. Apenas na última sessão foi introduzida resistência, na reeducação diafragmática da porção posterior, com a mão do enfermeiro e na reeducação costal seletiva, com um frasco de soro de 1000cc colocado na porção ântero-inferior. Ao longo das sessões, foi sempre dado *feedback* ao cliente e feitas as correções quando necessário.

Com o intuito de diminuir os sinais de infeção e manter a permeabilidade das vias aéreas, realizou-se o ensino e treino da tosse dirigida, fizeram-se os ensinamentos para o cliente saber avaliar as características da expetoração e incentivou-se os movimentos respiratórios profundos, dando ênfase à fase expiratória, seguida de tosse.

No sentido de controlar o gasto de energia nas atividades de autocuidado, fez-se o ensino sobre as técnicas de conservação de energia durante a realização das mesmas. Todos os ensinamentos realizados tiveram também como objetivo o *empowerment* do cliente, para que o mesmo possa utilizar estas técnicas no domicílio.

Elaborei ainda um segundo plano de cuidados (Apêndice III) relativo ao Srº J. também com DPOC agudizada, associada a insuficiência respiratória global e a infecção respiratória. Foram aqui elencados os mesmos sistemas de enfermagem, com os mesmos requisitos de autocuidado alterados.

Neste cliente realizaram-se as mesmas intervenções já descritas para o Srº P. acrescentando intervenções para diminuir o gasto de energia utilizado na execução de atividades de autocuidado, manter a mobilidade articular e a força muscular e prevenir complicações relacionadas com a imobilidade.

A combinação de treino dos membros superiores e inferiores é benéfico, uma vez que permite otimizar a melhoria da dispneia em esforço e a qualidade de vida, com o intuito de incrementar as AVD (DGS, 2009). Assim, foram implementados os mesmos, tais como, flexão/ extensão da articulação escapulo-umeral com peso de 0,5kg, realizando 5 repetições, na posição de sentado fazer flexão/ extensão do joelho, com 5 repetições, em pé, fazer flexão/ extensão das articulações coxofemoral e do joelho, 5 repetições. Instrui-se o cliente sobre a importância de inspirar em repouso e expirar durante o esforço.

O treino das AVD e técnicas de conservação de energia, permitem ao cliente realizar as mesmas, através da gestão da energia disponível e também através da simplificação das tarefas diárias, por forma a reduzir sintomas como dispneia e evitar um consumo de oxigénio desnecessário (Branco et al., 2012; Cordeiro & Menoita, 2012). Pelo exposto, as técnicas de conservação de energia, são marcantes nestes clientes. Os ensinamentos realizados encontram-se no apêndice III.

Num estudo que teve por objetivo, identificar o efeito de um programa de RR no domicílio, na fadiga, nas AVD e na qualidade de vida em clientes com DPOC, foram detetadas melhorias em cerca de 89% nos níveis de fadiga no grupo de intervenção após a mesma. Além disso, verificou-se eficácia moderada no mesmo grupo no que toca a melhoria nas AVD, verificada através da aplicação do índice de Barthel. Os autores descrevem uma eficácia da RR no domicílio na ordem dos 50% (Mohammadi, Jowkar, Khankeh & Tafti, 2013).

O programa de RR mencionado, consistiu em intervenções que vão ao encontro das realizadas em estágio. Tais como, educação para a saúde sobre a DPOC e sobre a terapêutica inalatória, cessação tabágica, técnicas de conservação de energia e expiração com os lábios semicerrados.

Outro cliente ao qual tive oportunidade de prestar cuidados foi o Sr. R. que deu entrada no serviço com o diagnóstico de pneumonia à esquerda. Os cuidados de ER foram elencados nos sistemas parcialmente compensatório e apoio-educação, sendo que os requisitos de autocuidado alterados são iguais aos já abordados.

Os objetivos a atingir na pessoa com pneumonia são a reexpansão pulmonar do lado afetado, a drenagem de secreções, a promoção de uma tosse eficaz e a melhoria da tolerância ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012).

Após a avaliação do cliente, foram implementados exercícios de reeducação diafragmática posterior e de ambas as hemicúpulas, costal seletiva da porção ântero-inferior de ambos os hemitórax, abertura costal seletiva (com ênfase no lado esquerdo) e costal global com bastão.

Na fase inicial do tratamento, pretende-se reverter a perda de volume nos segmentos pulmonares adjacentes, prevenir atelectasias e a diminuição do índice ventilação/perfusão (Branco et al., 2012).

Neste cliente deu-se destaque à reexpansão pulmonar, uma vez que não apresentava tosse, expectoração nem dispneia. Optou-se por não introduzir resistência, logo, não fazer treino dos músculos respiratórios, uma vez que se tratava de um cliente com 41 anos de idade e não tinha diminuição da força dos mesmos.

Um estudo que teve por objetivo, avaliar em que medida um programa de treino da musculatura inspiratória, induz alterações na força muscular inspiratória e na capacidade aeróbia, em pessoas saudáveis, verificou que no grupo de intervenção a força muscular inspiratória avaliada através da pressão inspiratória máxima aumentou, sendo que não houve alterações significativas na capacidade aeróbia (Esteves, Santos, Valeriano & Tomás (2016). Tal, leva a crer que o treino dos músculos inspiratórios é útil até em pessoas saudáveis.

Desta forma, pode refletir se de facto há benefício ou não da aplicação de resistência durante a RFR, mesmo em clientes mais novos. Assim, não obstante o facto de não existir uma diminuição da força muscular respiratória pré-existente, julgo que haverá sempre benefício da aplicação de resistência. Uma vez que, entretanto, o

cliente teve alta, não pude alterar o plano de RFR, todavia, integrei este novo conhecimento na minha tomada de decisão, que se refletiu nos planos seguintes.

Pude também prestar cuidados a um grande número de clientes com derrame pleural, no entanto, destaco o Srº A. uma vez que foi um cliente ao qual implementei o plano de RFR e pude acompanhar até à alta. O cliente apresentava os requisitos nos desvios da saúde alterados, sendo que os cuidados de ER foram listados nos sistemas parcialmente compensatório e apoio-educação.

O Srº A. apresentava derrame pleural à direita, pude observar o mesmo através da radiografia de tórax e também à auscultação pulmonar, pela ausência de murmúrio vesicular na zona do derrame.

Nesta situação específica e após a avaliação do cliente, deu-se ênfase à terapêutica de posição. Esta visa corrigir a posição antiálgica que habitualmente é adotada pelo cliente, podendo levar a deformações torácicas e diminuição da mobilidade costal do lado afetado, visa também impedir o preenchimento do seio costo-frénico e as aderências toraco-diafragmáticas, uma vez que promove a reabsorção do líquido pelos canais linfáticos. O decúbito sobre o lado sã impede a formação de aderências laterais ou, pelo menos, limita a sua formação numa posição baixa. A partir desta posição, adotando as posições semi-ventral e semi-dorsal, conseguem-se prevenir as aderências posteriores e anteriores, respetivamente (Branco et al. 2012). No caso do Srº A. adotou-se o decúbito lateral, semidorsal e semi-ventral esquerdos.

Deu-se maior ênfase à fase inspiratória da respiração, usando o inspirómetro de incentivo, que também se pode associar à terapêutica de posição. Este dispositivo vai auxiliar o treino respiratório resistido, permitindo uma manobra inspiratória máxima com alto volume, com um período de apneia no final da inspiração. A técnica permite ampliar o volume inspiratório e melhorar o desempenho dos músculos inspiratórios, permitindo a reexpansão pulmonar (Guimarães, Dib, Smith & Matos, 2014).

Durante a implementação das sessões de RFR, a par dos exercícios que já foram abordados, houve dois clientes a quem tive de dar maior primazia à remoção de secreções e permeabilidade da via aérea, uma vez que apresentavam secreções purulentas em grande quantidade. Os cuidados prestados a estes clientes foram enquadrados nos sistemas totalmente compensatório e parcialmente compensatório.

Recorrendo ao uso das manobras acessórias poderá aumentar-se a eficácia do reflexo da tosse, porque facilita o desprendimento das secreções e a sua

progressão, auxiliam também no fluxo expiratório e na ventilação seletiva de determinadas áreas pulmonares (Cordeiro & Menoita, 2012). À drenagem postural poderão estar associadas manobras acessórias, exercícios respiratórios e tosse (Freitas et al., 2015).

As manobras acessórias associaram-se à drenagem postural modificada, uma vez que, nas situações em que a drenagem postural clássica está contraindicada, recorre-se à mesma. Assim, os clientes que necessitaram de limpeza da via aérea, tinham contraindicação à realização da drenagem postural clássica, nomeadamente a idade avançada ou dispneia.

Uma revisão de literatura elaborada, revela que a evidência disponível sobre a comparação entre os dois tipos de drenagem postural ainda é fraca. Contudo, inferiu-se que o uso da drenagem postural modificada, com uma inclinação de 30°, está associada a um menor número de episódios de refluxo gastro esofágico e menos complicações respiratórias a longo prazo (Freitas et al., 2015).

As manobras acessórias foram utilizadas nos segmentos a drenar, com o intuito de fazer descolar e progredir as secreções até à traqueia para poderem ser eliminadas. No entanto, este cliente apresentava uma tosse ineficaz e não conseguia deglutir as secreções, pelo que foi necessária a aspiração.

A aspiração de secreções é um procedimento invasivo, que tem por objetivo remover secreções traqueobrônquicas, no sentido de melhorar a permeabilidade das vias aéreas e consequentemente melhorar a ventilação pulmonar (Cordeiro & Menoita, 2012). O que também poderia ser feito, seria a administração prévia de um mucolítico através de aerossol, no entanto, o mesmo não estava prescrito, tendo sido sugerida a prescrição do mesmo pelo EEER.

A remoção de secreções, contribui para um maior conforto do cliente e também para a prevenção das infeções respiratórias. A retenção traqueobrônquica de secreções irá contribuir de forma significativa para a obstrução do fluxo aéreo, para a lesão das vias aéreas e exacerbações nos clientes com DPOC, asma e/ou bronquiectasias (Cordeiro, 2014).

O outro cliente, apesar de apresentar secreções em grande quantidade, tinha uma tosse eficaz, pelo que conseguia expetorar, desta forma foi associado um dispositivo de ajuda, o *Acapella*. Após o uso do mesmo, o cliente conseguiu através da expiração forçada e da tosse eliminar a expetoração, fazendo de seguida um período de respiração diafragmática.

Além do *Acapella*, utilizei também em alguns programas de RFR o *Flutter* e o *Shaker*. Estes foram muito úteis, uma vez que a expiração através destes dispositivos gera oscilações de pressão positiva na via aérea, que diminui o risco de colapso da mesma. Verifica-se também, uma aceleração do fluxo aéreo expiratório, que mobiliza as secreções para as vias aéreas mais proximais (OE, 2018).

Num estudo que teve por objetivo comparar a eficácia do *Flutter*, *Shaker* e *Acapella*, verificou-se que todos os dispositivos produzem oscilação que lhes permitem serem úteis e ajudarem no transporte das secreções, no entanto, a frequência de oscilação foi superior no *Flutter* e no *Shaker*. Por outro lado, os níveis de pressão expiratória positiva não diferiam entre os dispositivos (Santos, Guimarães, Carvalho & Gastaldi, 2013).

Foi evidente a evolução favorável em ambos os clientes, verificada por um lado, pela auscultação pulmonar que melhorou, mas também, pela quantidade de secreções que foram reduzindo ao longo dos dias. Infelizmente não havia radiografia de tórax para poder comparar.

Um equipamento com o qual pude prestar cuidados de ER a alguns clientes, tendo também como escopo a remoção de secreções foi o *Cough Assist*, o que julgo ter sido muito benéfico para a minha prática, uma vez que nunca tinha lidado com o mesmo. No início do estágio tinha bastantes dúvidas relativamente à técnica, mas com a prática diária e com a supervisão da enfermeira orientadora, fiquei à vontade na execução da mesma.

O *Cough Assist* é um equipamento que permite simular o mecanismo fisiológico da tosse, gerando pressões positivas que provocam a insuflação dos pulmões, logo de seguida é aplicada uma pressão negativa que provoca a exsuflação. Este equipamento detém também vibrações oscilatórias de alta frequência, que facilitam o desprendimento das secreções da árvore brônquica, mobilizando as secreções das pequenas vias aéreas para a orofaringe, facilitando a sua remoção/aspiração (Sancho, Bures, Asunción & Servera, 2016).

Todos os planos de RFR que desenvolvi neste contexto de estágio e que foram aqui espelhados, remetendo para o objetivo específico mencionado, permitiram o alcance do mesmo e também o desenvolvimento das competências do EE, nomeadamente: conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Também permitiram

desenvolver as competências do EEER, tais como; cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Uma vez que a RFR é por vezes indissociável da educação para a saúde, tracei o objetivo específico de **“Colaborar na implementação de planos de educação para a saúde, com vista à adesão à terapêutica inalatória no cliente com DPOC”**, com o intuito de ancorar a principal temática deste relatório.

As intervenções desenvolvidas foram implementadas após a recolha de dados ao cliente e após uma avaliação do mesmo, nomeadamente a capacidade cognitiva, funcional e motivacional para a adesão à terapêutica inalatória. Neste estágio, todas as sessões de educação para a saúde, encontravam-se inseridas no sistema apoio-educação, de acordo com a teoria de Orem.

Para uma mais eficiente avaliação do cliente, utilizaram-se escalas, algumas já mencionadas, porém, não foi usada a Medida de Adesão ao Tratamento, que referi no projeto de formação, uma vez que esta escala não era utilizada no serviço e também porque não tratava particularmente a terapêutica inalatória.

Uma vez que se trata de educação para a saúde, englobei neste objetivo outras vertentes, sobre as quais realizei ensinamentos durante o estágio, tais como, a VNI e a OLD.

Penso que o EEER tem um papel muito importante a desempenhar na educação para a saúde, uma vez que irá influenciar a adesão dos clientes aos tratamentos. Os ensinamentos no serviço, são feitos por todos os enfermeiros, no entanto, julgo que o EEER pelas suas competências e pelos seus conhecimentos tem um papel importante a desempenhar, até como formador da restante equipa.

A RR é realizada por profissionais com formação especializada, nomeadamente os EEER, que têm uma ação fundamental no desenvolvimento de um plano com intervenções, tais como, a educação para a saúde (Cordeiro & Menoita, 2012).

Uma técnica inalatória incorreta está relacionada com o não controlo da doença, com consequências negativas na qualidade de vida, aumento de agudizações, agravamento da função pulmonar e um aumento dos custos económicos (DGS, 2017). Logo, julgo que os EEER têm no âmbito da inaloterapia, um papel importante a desempenhar. Neste caso concreto, que são os serviços de internamento, os ensinamentos para a alta são essenciais.

De referir, que o serviço dispõe de uma grande panóplia de inaladores placebo, o que facilita o ensino e treino da técnica inalatória, uma vez que o cliente pratica com um placebo igual ao inalador que irá ter.

Os esforços educacionais devem ser contínuos, uma vez que a literatura menciona o prazo de 6 meses para que o impacto da educação seja evidente. É necessário rever periodicamente as informações e competências desenvolvidas, pois estas tendem a diminuir com o tempo (Ferreira, 2014).

Uma componente educacional abrangente é deveras importante, uma vez que o estudo de Uzel et al. (2017) concluiu, após a aplicação de um questionário a 201 clientes com DPOC, que os conhecimentos que os mesmos detêm sobre a sua doença são escassos. Assim, 152 (76%) clientes declararam que conheciam a localização do órgão afetado na DPOC, mas apenas 44 (22%) clientes localizaram corretamente o órgão numa imagem. Apenas 7 (3,5%) clientes sabiam escrever corretamente “doença pulmonar obstrutiva crónica”.

Desta forma, terão de ser implementadas estratégias educacionais baseadas na promoção da capacidade do cliente em gerir a sua doença. O objetivo é ensinar competências para melhor controlar a doença, alcançar mudanças comportamentais e melhorar a adaptação. A promoção de programas individualizados é preferível aos pré-definidos, uma vez que a definição de objetivos desadequados pode contribuir para a não adesão aos mesmos (Effing et al., 2012).

Houve uma cliente, a D^a P. que esteve internada no serviço devido a um derrame pericárdico, aquando da alta, foi-lhe prescrito para o domicílio OLD¹⁰ a 1l/minuto e um inalador, o Respimat® (dispositivo inalatório com solução para inalação por nebulização), que a cliente desconhecia.

Realizei o ensino à D^a P. sobre o Respimat®, este é um inalador que eu desconhecia por completo. Deste modo, antes da realização do ensino fui rever a técnica inalatória do Respimat® e os cuidados gerais a ter na sua utilização e manutenção, tendo também tido a ajuda da enfermeira orientadora.

Neste âmbito, considerei pertinente a elaboração de um folheto (Apêndice IV) sobre a técnica deste inalador, uma vez que o serviço dispunha já de um folheto sobre

¹⁰ A OLD é o fornecimento de oxigénio para utilização no domicílio. Este é um tratamento direcionado para a correção da hipoxémia, que consiste num valor de PaO₂ inferior a 60 mmHg, medido através de gasimetria arterial ou saturação de O₂ inferior a 90%, quando a avaliação é feita durante o exercício (DGS, 2015).

a técnica inalatória dos inaladores pressurizados e de pó seco, no entanto, sem as especificidades do Respimat®.

No ensino de um inalador, devem ser diferenciados dois aspetos, as especificidades do inalador e a técnica inalatória (Silva, 2014). Neste ensino, foi primeiramente revista juntamente com a cliente, a técnica inalatória, explicando a importância dos diferentes passos da mesma.

De acordo com as orientações de Silva (2014), de seguida a cliente foi instruída sobre o manuseio do inalador e sua manutenção, para tal, foi utilizado um placebo. Foi realizado todo o procedimento que a cliente observou e executou de seguida, que teve alguns erros, sendo que os mesmos foram corrigidos e foi entregue o folheto. No dia seguinte, foi pedido à cliente que executasse novamente a técnica, sendo que a executou corretamente. Uma vez que o marido da cliente estava presente, foram-lhe também realizados ensinamentos sobre a técnica inalatória, tendo sido pedido a ambos que a cliente trouxesse o inalador em cada consulta.

O Respimat® foi elaborado com o objetivo de melhorar a deposição das partículas na via aérea, nomeadamente para os clientes com doença pulmonar crónica grave, que não conseguem gerar fluxos inspiratórios muito elevados (Tan, Say & Geake, 2016). No entanto, os mesmos autores concluem, na revisão de literatura que elaboraram, que não obstante os benefícios do Respimat®, este tem uma eficácia similar ao inalador de pó seco HandiHaler, nos clientes com asma e DPOC.

Como já referido, o serviço possui o projeto “Cuidar em Contexto Familiar”, todavia, não tive a oportunidade de efetuar a chamada telefónica à D^a P. No entanto, considero que este projeto possa ter algumas limitações, uma vez que não dispõe de nenhuma *checklist* para questionar o cliente relativamente à técnica inalatória e, no caso de haver a perceção, de que o cliente não está a realizar a técnica de forma correta, não existe uma norma de atuação. Logo, julgo que deveria ser elaborada uma *checklist*, para uniformizar o contacto telefónico e no caso de se detetarem dúvidas que não possam ser esclarecidas por telefone, pedir ao cliente que se dirija ao serviço ou ao seu enfermeiro/a de família.

A revisão sistemática da literatura efetuada por Bryant et al. (2013) verificou que a monitorização e o *feedback* são intervenções que aumentam a adesão à terapêutica. Tais como, sessões individuais de educação para a saúde que incluam informação educacional escrita. Também o contacto telefónico por um enfermeiro

após a alta irá contribuir para aumentar a adesão. O envolvimento dos cuidadores informais também será importante, porém, este aspeto está ainda pouco estudado.

Como já foi mencionado anteriormente a GOLD (2018) e Riley & Kruger (2017) referem que deve ser prescrito o inalador mais apropriado, tendo em conta as características do cliente. Assim, apercebemo-nos de que um cliente, o Sr^o A. iria para o domicílio com uma prescrição de um inalador de pó seco.

Existem duas regras para a seleção do tipo de inalador, se o cliente tem perfil de inspirador lento ou rápido e se tem capacidade de realizar a coordenação “mão-pulmão” (Silva, 2014). Neste caso, o cliente realizava uma inalação lenta, com velocidade inalatória baixa, logo, o inalador mais adequado não seria o de pó seco. Desta forma, o EEER, comunicou o mesmo ao médico prescritor, que alterou a mesma para o inalador Respimat®.

A revisão da técnica inalatória deve ser feita a todos os clientes, em cada contacto com os mesmos. Tal, permite o controlo da doença sem aumentar as doses de medicação, diminuir os efeitos secundários, baixar a dose de medicação em clientes controlados e aumentar a adesão à terapêutica inalatória. (Cordeiro, 2014). A par destes casos mais concretos, aproveitei sempre a oportunidade de rever a técnica inalatória em todos os clientes.

Os inaladores pressurizados são administrados no internamento com a utilização de câmara expansora. Esta permite aumentar a eficácia dos inaladores, melhorando as características do aerossol, permitindo uma maior deposição do fármaco nas vias aéreas inferiores e menor deposição na orofaringe, ultrapassando o problema da coordenação da ativação com a inalação (DGS, 2013b).

Os erros mais frequentes na utilização destes dispositivos são a inadequada adaptação do inalador à câmara, não ajustar a máscara à face, atraso na inalação após ativação do inalador, não higienizar a mesma e acionar múltiplos “puffs” numa só inalação (Barreto, Cordeiro & Mateus, 2014).

No entanto, os erros que detetei que os clientes cometiam com maior frequência, não são os referidos pelos autores. Os mesmos são: não agitar o inalador, não efetuar uma expiração lenta antes da inalação e quando os clientes têm mais do que um inalador pressurizado, tendem a aguardar menos do que 30 segundos para efetuar o próximo.

Um estudo que teve como um dos seus objetivos avaliar a técnica inalatória nos clientes com DPOC, constatou que os dois erros mais frequentes na técnica

inalatória foram o não expirar antes da inalação e não aguardar entre 30 segundos a 1 minuto antes do próximo inalador (Sriram & Percival, 2016).

Dar formação aos enfermeiros, médicos e clientes sobre a técnica inalatória irá aumentar o número de clientes a realizar a mesma corretamente (Riley & Kruger, 2017). No entanto, não realizei formação sobre a temática à restante equipa de enfermagem, pois após debater o assunto com a enfermeira orientadora, concluímos que não seria uma mais valia para o serviço, uma vez que os enfermeiros estavam familiarizados com a técnica inalatória e com os vários dispositivos.

Existe um grande benefício da adesão à terapêutica nos clientes com DPOC e deve dar-se mais ênfase à educação para a saúde. As tecnologias poderiam ser mais eficientemente utilizadas para facilitar a comunicação, ter acesso ao *feedback* dos clientes, enviar lembretes e monitorizar a terapêutica (Davis et al., 2017). Reduzir as doses diárias de medicação pode ser um método efetivo para fomentar a adesão à terapêutica (Agh, Inotai & Meszaros, 2011).

A intervenção efetuada no estudo de Fernández, Fernández, Ruiz, Torres & Fonseca (2014) é também de considerar uma vez que teve resultados positivos. A mesma consistiu num *follow-up* de um ano, em que foram abordados os aspetos motivacionais de cada cliente, sessões de educação para a saúde sobre a doença, a importância do tratamento e o desenvolvimento das competências relativas à técnica inalatória, fazendo sessões de treino da mesma.

A relevância do ensino sobre a terapêutica inalatória, aquando da alta, foi comprovada num estudo que objetivou avaliar a adesão à terapêutica inalatória após a alta, nos clientes com DPOC, depois do ensino sobre o correto uso dos inaladores, realizado no internamento. Verificou-se que no grupo de intervenção a adesão à terapêutica aumentou de 55% para 100% após o ensino, houve uma redução dos reinternamentos hospitalares de 21,4% para 8,7% e uma poupança de \$20,777 (Blee, Roux, Gautreaux, Sherer & GaRey, 2015).

No que concerne à OLD, o EEER também terá um papel preponderante, particularmente nos casos como a D^a P., em que se trata de uma situação totalmente nova e por esse motivo necessita de maior apoio por parte dos profissionais de saúde.

Nos clientes com insuficiência respiratória crónica, a OLD irá melhorar a tolerância ao esforço, aumentar a funcionalidade e o seu desempenho cognitivo (DGS, 2015).

Foram realizados ensinamentos sobre os cuidados a ter com o oxigênio no domicílio, o débito de oxigênio que a cliente teria de adotar em repouso e no esforço, o tempo de duração da bala de oxigênio e as formas de transporte da bala quando sair à rua. Os ensinamentos foram efetuados com recurso a uma bala de oxigênio portátil, o que permitiu à cliente manusear a mesma e realizar todos os passos do que teria de fazer no domicílio. Foi também entregue informação sobre a OLD em suporte de papel.

O papel relevante da ER na oxigenoterapia, foi atestado num estudo, que teve por objetivo, avaliar a implementação de cuidados por enfermeiros especializados na componente respiratória, nos clientes com OLD, em relação ao grupo de clientes que teve alta sem estes cuidados. No grupo que teve os cuidados especializados, houve um aumento da adesão por parte dos clientes à OLD, uma diminuição das hospitalizações e redução de custos (Hall, Tori & Champion, 2016).

O Srº J. sobre quem elaborei o 2º plano de cuidados já mencionado, necessitou também da realização de ensinamentos para promover a adesão à VNI, à OLD e à inaloterapia, sendo que os mesmos se encontram explanados no apêndice III.

Neste cliente tive a oportunidade de realizar uma prova de marcha de 6 minutos¹¹. O cliente conseguiu andar os 6 minutos, necessitando de uma pausa de aproximadamente 50 segundos para reverter a saturação periférica (SpO₂) <90%, aos 2 minutos e após a prova foi prescrito um débito de oxigênio de 4l/min ao esforço e 1l/min em repouso.

Por tudo o que foi elencado, considero que desenvolvi competências que me permitirão desenvolver planos de educação para a saúde e contribuir para o aumento da adesão à terapêutica inalatória. Como tal, julgo ter ido ao encontro das seguintes competências do EE e do EEER: concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Sendo a continuidade de cuidados deveras importante, tanto no próprio serviço, como aquando da alta, a par da gestão de cuidados de ER, estabeleci os seguintes

¹¹A prova de marcha de 6 minutos é uma prova de avaliação da capacidade funcional do cliente ao realizar um exercício. Mede a distância que o mesmo percorre durante 6 minutos, prevendo assim a resposta do organismo ao exercício. É também a forma mais indicada para a prescrição de oxigenoterapia (Zambujo, Calundungo & Raposo, 2016).

objetivos **“Promover a continuidade de cuidados¹² de ER após a alta”** e **“Participar na gestão dos cuidados de ER, promovendo a segurança e qualidade”**.

Com este intuito foram prestados cuidados de ER promovendo a adesão à terapêutica inalatória, tendo em vista o regresso a casa, tal como já foi referido.

Também avalei as necessidades relativas ao autocuidado e nomeadamente as relativas à terapêutica inalatória para se fazer a articulação com o EEER da comunidade. Tendo como intento o planeamento da alta, e atentando que deve ser iniciado precocemente no internamento, procurei identificar os recursos disponíveis, do cliente/família e da comunidade, de forma a dar resposta às necessidades identificadas.

A continuidade de cuidados é um direito dos cidadãos de grande relevo, quando necessitam de cuidados multiprofissionais dirigidos para as suas situações crónicas. Porém, a partilha de informação entre os serviços de saúde em Portugal, ou não existe ou é escassa (Mendes, Gemitto, Caldeira, Serra & Novas, 2017).

De facto, pude perceber que a comunicação e articulação com o EEER da comunidade é diminuta, sendo que nas situações de alta é raro realizar-se contacto telefónico. Desta forma, os clientes foram referenciados aos cuidados de saúde na comunidade, através de envio de carta de alta/transferência, tendo-se realizado as mesmas de forma pormenorizada relativamente à situação clínica do cliente, dos cuidados de ER implementados durante o internamento e os resultados obtidos.

Uma revisão da literatura sobre a transição de cuidados do hospital para a comunidade, concluiu que de facto se torna necessário um *follow-up* nos clientes com doenças crónicas, com o intuito de evitar os reinternamentos. No entanto, são necessários mais estudos que evidenciem quais os clientes que efetivamente necessitam desse acompanhamento e também o envolvimento das tecnologias de informação para subsidiarem essa continuidade de cuidados na comunidade (Atzema & Maclagan, 2017).

Procurei promover a continuidade dos cuidados também dentro do serviço, para o qual contribuiu a elaboração de registos de ER, na folha de registo do serviço (anexo II). Esta folha de registo foi de grande relevância na sistematização dos

¹² O decreto-lei nº 101/2006 define continuidade de cuidados como “a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social”.

cuidados de ER prestados, pois contém a avaliação do cliente e as intervenções concretizadas e desta forma permite dar continuidade aos cuidados, pois o EEER que observa a folha, consegue facilmente perceber as técnicas que foram realizadas e a evolução do cliente ao longo das sessões.

Ao longo do estágio, foi sempre preocupação da enfermeira orientadora, que eu prestasse sempre que possível, cuidados de ER aos mesmos clientes, para potenciar a minha aprendizagem e para haver continuidade de cuidados. Após saber quais os clientes a quem prestaria cuidados, começava por gerir mentalmente o trabalho e estabelecer prioridades, para desta forma garantir a qualidade e segurança dos mesmos.

De grande relevância para o estabelecimento de prioridades e para a continuidade de cuidados foi a passagem de turno, uma vez que após a mesma, tinha já a perceção do estado geral dos clientes, e percebia os que necessitavam primeiramente de cuidados de ER, facilitando também a articulação com os restantes cuidados. Outro fator que tive em consideração na gestão de cuidados de ER, foi a realização de exames complementares de diagnóstico, sendo que os mesmos eram ajustados à hora do exame.

Inicialmente a gestão e priorização dos cuidados de ER, era realizada juntamente com a enfermeira orientadora, porém, com o passar do tempo fui adquirindo mais autonomia na articulação dos cuidados de ER com os cuidados generalistas e no estabelecimento de prioridades.

A delegação de cuidados pelo EEER é crucial para a continuidade de cuidados, no entanto, deverá ter-se a sensibilidade para saber quais os cuidados a delegar e a quem delegar. Penso que ao longo do estágio, fui adquirindo essa sensibilidade sem acarretar compromisso para o cliente.

Um dos cuidados delegado aos enfermeiros generalistas, era a realização do *Cough Assist*, nos turnos em que não estaria nenhum EEER, sendo deixados os valores de insuflação, exsuflação e o tempo de pausa para cada cliente, para que o enfermeiro generalista pudesse executar.

Não realizei nenhuma ação de formação, pois, após discussão com a enfermeira orientadora, percebeu-se que não havia nenhuma lacuna evidente em termos de conhecimento, na equipa de enfermagem, nomeadamente na temática a que me tinha proposto, da terapêutica inalatória. No entanto, atuei sempre que

oportuno como formadora em contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas individuais e atuando em conformidade.

Por tudo o descrito, julgo que desenvolvi competências na continuidade e na gestão de cuidados de ER, apesar das limitações verificadas na articulação com a comunidade. As atividades descritas foram ao encontro das competências do EE: cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

1.2. Desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no contexto comunitário

O segundo contexto de estágio desenvolveu-se numa ECCI, que se encontra integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e revelou-se muito enriquecedor porque me permitiu prestar cuidados a clientes com várias patologias. Primeiramente tentei dar resposta ao objetivo de **“integrar a equipa multidisciplinar”**. Para o alcance do mesmo, contribuíram todas as intervenções já descritas no anterior contexto de estágio, também aqui efetuadas. O meu processo de integração foi facilitado pela receção que tive no seio da equipa multidisciplinar, que me fizeram sentir como membro integrante da mesma.

No entanto, por constituir uma realidade tão díspar daquilo que até então eu conhecia, senti a necessidade de pesquisar sobre a ECCI, também para facilitar a minha integração. Essa pesquisa originou um jornal de aprendizagem (Apêndice V).

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

A entrada para a ECCI realiza-se através de proposta das equipas prestadoras de cuidados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência (OE, 2009a).

Estas unidades deverão estar dotadas de EEER, uma vez que se dirigem à recuperação e à adaptação ou conservação funcional do cliente e ao treino do

prestador de cuidados. Compete ao EEER identificar barreiras arquitetônicas; prestar cuidados a clientes com necessidades especiais no domicílio; promover a máxima independência nas AVD e da qualidade de vida do cliente com deficiência e/ou necessidades especiais, no sentido da sua capacitação e *empowerment*; criar e gerir bolsas de produtos de apoio, envolvendo os recursos da comunidade (OE, 2009a).

Com o intuito de uma melhor monitorização e avaliação das intervenções, é necessário a elaboração de um plano individual de intervenção, que deverá evidenciar os objetivos a alcançar no cliente e as intervenções e responsabilidades de cada profissional (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

Atualmente, a ECCI é constituída por 4 enfermeiros, dos quais 3 são EEER e um é generalista. Totaliza 25 vagas, sendo que cada cliente é acompanhado por um enfermeiro gestor de caso. Têm também apoio de assistente social e psicóloga.

Aquando da entrada de um cliente, terá de ser realizada a primeira visita domiciliária. Esta tem por objetivos, a avaliação do cliente pela equipa, conhecer o cuidador informal, recolher informações sobre o cliente/família e elaborar um plano individual de intervenção por forma a responder às necessidades identificadas.

No início do estágio, a enfermeira orientadora era gestora de caso de 6 clientes, sendo que, para facilitar a minha integração tentei desde logo, conhecer os clientes, consultando o processo clínico e o plano individual de intervenção já estabelecido.

Durante as primeiras visitas domiciliárias, a minha aprendizagem desenvolveu-se com base na observação dos cuidados de ER prestados pela enfermeira orientadora, tentando fazer o exercício mental de relacionar os mesmos com a situação do cliente e com os objetivos a atingir.

No que concerne aos registos de ER, estes são realizados no “Sclinic” e no aplicativo da RNCCI, o “GestcareCCI”. No início os registos constituíram uma dificuldade, porque desconhecia por completo os aplicativos, porém, consegui familiarizar-me de forma célere com ambos, tendo o apoio da enfermeira orientadora.

Pelo exposto julgo que a integração na ECCI foi bem-sucedida. As competências que foram desenvolvidas neste processo de integração, relativas ao EE, são as descritas para a integração do anterior contexto.

Com o propósito de potenciar o processo de aprendizagem, defini o objetivo de **“Melhorar conhecimentos nos domínios científicos, técnico e humano no âmbito da promoção do autocuidado no cliente com DPOC e no cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e da sexualidade”**.

Por forma a conseguir atingir este objetivo, tentei identificar as minhas necessidades formativas. As mesmas foram surgindo ao longo dos dois contextos de estágio, nomeadamente, quando surgiam situações novas que requeriam alguma pesquisa da minha parte. Sempre que tal acontecia, ia pesquisar bibliografia atualizada e pertinente na área da ER, principalmente artigos científicos e livros.

A pesquisa efetuada, tal como, a partilha de opiniões com as enfermeiras orientadoras, com a equipa multidisciplinar e com a professora e também, os jornais de aprendizagem e os planos de cuidados que elaborei ao longo do estágio, contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e técnicos. Julgo que, quando existe complementaridade entre conhecimentos teóricos e técnicos, torna facilitador o processo de aprendizagem. Tal complementaridade, ocorreu em ambos os locais de estágio e permitiu-me uma melhor consolidação de conhecimentos, e desta forma, desenvolver uma reflexão sobre a prestação de cuidados de ER, potenciando o meu crescimento pessoal e profissional, contribuindo para uma prestação de cuidados fundamentada e intencional.

A formação contínua, ao permitir uma atualização de conhecimentos e uma reflexão sobre a prática, irá aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Varandas & Lopes, 2012).

A par do que já foi referido, tentei potenciar a minha aprendizagem, buscando situações novas e desafiantes. No serviço de Pneumologia sempre que existia uma situação nova no âmbito dos cuidados de ER, tentava inteirar-me da situação e prestar os devidos cuidados. Se tal não fosse possível, uma vez que havia outros estudantes de ER, tentava colaborar ou observar. Na ECCI, mantive a busca por situações novas e diferentes, que fomentassem o meu desenvolvimento profissional, realizando visitas domiciliárias com outros EEER da equipa para conhecer outros clientes.

Também na ECCI, pude participar nas reuniões da equipa multidisciplinar, em que foram debatidas as situações mais complexas, destacando o papel de consultor do EEER.

O recurso a orientações de intervenção e a instrumentos de avaliação de resultados, também permitiram aprofundar conhecimentos e refletir sobre os cuidados prestados, verificando os ganhos obtidos ou a necessidade de reformular os cuidados.

A minha prestação de cuidados de ER em ambos os contextos de estágio, foi pautada por uma PBE, integrando nos cuidados a prestar os novos conhecimentos que fui adquirindo, tendo em conta as necessidades do cliente/família, promovendo o

autocuidado e a qualidade dos cuidados de ER. Desta forma, julgo ter alcançado o objetivo, sendo que o mesmo se encontra relacionado com o desenvolvimento das competências do EE, tais como: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Para dar seguimento ao desenvolvimento de competências do EEER, defini o objetivo de **“Prestar cuidados de reabilitação ao cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e sexualidade, para a promoção do autocuidado”**.

As patologias mais prevalentes em ECCI e que tive a oportunidade de acompanhar durante o estágio, foram essencialmente de cariz sensoriomotor. Logo, foram dissemelhantes das patologias do serviço de Pneumologia, logo, também a avaliação do cliente/família neste contexto foi diferente. A mesma torna-se diferente não só, pela patologia, mas também pelas necessidades identificadas que são distintas, e também pelo facto, de estarmos na casa do cliente.

No âmbito da ECCI, desenvolvi essencialmente competências ao nível das mobilizações, do treino de marcha, do treino de escadas, do treino de AVD e reeducação ao esforço, que permitem ao cliente uma maior independência para as atividades de autocuidado.

Tive a oportunidade de realizar acolhimento e recolha de dados junto do cliente com alterações sensoriomotoras, nomeadamente realizar a primeira visita domiciliária. Na mesma, é feita a avaliação do cliente, a identificação das suas necessidades, nomeadamente as relacionadas com a ER, faz-se a avaliação das condições habitacionais, conhece-se o cuidador informal explicando ao mesmo e ao cliente o funcionamento da ECCI. Também colaborei na alta de um cliente e na transferência de uma cliente para outra unidade da RNCCI, para descanso do cuidador.

Como forma de melhorar os cuidados a prestar, tentei desde sempre, estabelecer uma relação de confiança com o cliente/família, através de uma abordagem empática e positiva.

Foi utilizada a Teoria do Autocuidado de Orem, avaliando em que sistema de enfermagem se encontra o cliente, sendo que uma avaliação individualizada e estruturada permite reconhecer os requisitos de autocuidado que se encontram alterados. Para tal, é fundamental a utilização de instrumentos de avaliação,

estimando o risco de alteração da funcionalidade. As escalas que mais utilizei no contexto de ECCI foram o índice de Barthel, a escala de Morse, escala de Braden, a escala de Ashworth (Anexo IX), a *Medical Research Council* (Anexo X) e a escala de Lawton & Brody (Anexo XI).

O EEER que desenvolve a sua atividade nos múltiplos contextos da prática clínica e, em situação de doença aguda, crónica ou agudizações, deve utilizar instrumentos que lhes permita ajudar na avaliação mais adequada à situação, suportando assim a sua tomada de decisão clínica (OE, 2016). Estes instrumentos contribuíram para a implementação de planos de ER, mais concretamente o plano individual de intervenção, tendo em vista os objetivos e as capacidades do cliente/família.

Realizei um plano individual de intervenção que originou também um plano de cuidados (Apêndice VI). O mesmo foi relativo ao Sr. M. que foi referenciado para ECCI, por diminuição da força muscular e da amplitude articular ao nível dos membros inferiores, nomeadamente o esquerdo, da qual resulta alterações na marcha e limitação para o autocuidado. Tal resulta de um grande período de imobilidade.

Apesar do cliente ter tido reabilitação durante o internamento, a mesma não foi continuada após o mesmo, logo, penso que o Sr^o M. foi referenciado para ECCI já tardiamente. Apesar da evolução favorável do cliente, julgo que poderiam existir mais ganhos em saúde, se os cuidados de ER se tivessem mantido logo após o internamento. Este facto faz-me pensar, que provavelmente não houve uma continuidade de cuidados eficaz entre o hospital e a comunidade, tal como já tinha verificado no anterior contexto de estágio.

Como consequência do processo de envelhecimento ou de doença/traumatismo, pode surgir a imobilidade prolongada. Esta, tem efeitos na fisiologia humana nos diferentes sistemas do organismo. As consequências da imobilidade e da atrofia por desuso são persistentes e necessitam de reabilitação intensiva para voltar ao nível basal de funcionamento (Fan, Zanni, Dennison, Lepre, & Needham, 2009).

Na imobilidade prolongada é responsabilidade do EEER nas suas intervenções preventivas, manter o potencial para uma eventual mobilização. As intervenções para maximizar o potencial de mobilização dos clientes são: manter os segmentos do corpo em posições corretas e funcionais, ensinar programas de exercícios terapêuticos para manter a mobilidade articular e o tónus muscular, ensinar transferências e atividades

em cadeira de rodas, transferindo as responsabilidades da prevenção de complicações para o cliente/família (Hoeman, 2000).

O Srº M. anda com auxílio de bengala. Tem pé equino à esquerda, tendo a amplitude articular dos dedos de ambos os pés e da tibiotársica esquerda muito reduzida, pelo que durante a marcha, o cliente necessita de fazer maior flexão da articulação coxofemoral.

Após avaliação do cliente, verificou-se que o requisito universal de autocuidado “Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso” se encontrava alterado, assim como, os requisitos nos desvios da saúde. As intervenções de ER foram elencadas nos sistemas parcialmente compensatório e no sistema apoio-educação. O plano de cuidados foi elaborado em função dos requisitos de autocuidado alterados.

Foi avaliada a força muscular do Srº M. através da *Medical Research Council*, que estava diminuída no membro inferior esquerdo, apresentando força 4/5 em todos os movimentos dos segmentos corporais, exceto nos movimentos dos dedos do pé e tibiotársica, em que apresenta força 3/5. No membro inferior direito, tinha força 3/5 no movimento dos dedos do pé.

Para colmatar o diagnóstico de enfermagem da mobilidade comprometida relacionado com a diminuição da força muscular, realizaram-se mobilizações ativas assistidas ao nível dos dedos dos pés, da tibiotársica (com ênfase à esquerda), do joelho e da coxofemoral e mobilizações ativas livres ao nível dos dedos da mão, punho, antebraço, cotovelo, escapulo-umeral e pescoço. Como o cliente necessita de recorrer a produtos de apoio¹³ para a marcha, realizaram-se as mobilizações dos membros superiores para manter a força muscular.

A finalidade dos produtos de apoio será reduzir a carga na parte inferior do corpo, devendo ser avaliadas a mobilidade e força muscular da parte superior e, caso seja necessário, efetuar fortalecimento muscular da parte superior do corpo para permitir o uso eficaz e seguro dos auxiliares de marcha (Donahoo & Dimon, 2008).

Nas mobilizações ativas resistidas é aplicada uma resistência suplementar ao movimento efetuado pelo cliente, a mesma pode ser aplicada pelo EEER ou através da utilização de sacos de areia ou halteres (Branco, et al, 2010). Sendo que o intuito

¹³ Os produtos de apoio são qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação (Artigo 4º, Decreto-Lei nº93/2009).

é a promoção do autocuidado, deve desenvolver-se a força muscular, então, se o cliente tolerar deverão ser implementadas estas mobilizações. No caso do Srº M. progrediu-se para mobilizações ativas resistidas dos membros superiores e inferiores, porém, o cliente não conseguiu vencer a resistência fornecida pelo EEER. Foram realizadas também atividades terapêuticas, nomeadamente a ponte, todavia, com necessidade de exercer carga ao nível dos pés, para que os membros inferiores permanecessem em flexão.

Foi realizado treino de marcha em plano horizontal, utilizando a bengala, sendo que o cliente mantém o pé esquerdo pendente. Foi também realizado treino de escadas, também com a bengala, em que o cliente subiu até ao andar de cima e desceu apenas com supervisão.

Foram também implementados exercícios de treino de equilíbrio dinâmico em pé, com apoio numa cadeira, uma vez que também ajudam no fortalecimento muscular, num total de 20 repetições, tais como: flexão plantar, flexão da articulação coxofemoral, abdução da articulação coxofemoral, flexão/ extensão das articulações coxofemoral e do joelho. As intervenções mencionadas também ajudaram a promover a saída do domicílio, incentivando o exercício da cidadania e a participação social.

A preparação para o andar deve ser efetuada através da manutenção da amplitude de movimentos articulares, posicionamentos adequados no leito e levante precoce (OE, 2013). Ao serem implementadas intervenções ao cliente com o andar comprometido, o EEER está também a promover a independência para as outras AVD (Baixinho, 2008).

Com o intuito de colmatar o défice no autocuidado que o cliente apresenta, foi instruído e treinou a transferência para a cadeira de banho e a autocuidar-se no chuveiro, recorrendo a produtos de apoio (barras laterais e cadeira de banho). Foi incentivado ao uso de roupa e calçado confortável e realizados ensinamentos sobre a importância de vestir primeiro o membro inferior esquerdo e calçar-se sentado. A esposa, que era a cuidadora informal, esteve presente em todas as visitas domiciliárias, tendo sido feito os ensinamentos a ambos, no entanto, a esposa foi instruída a ajudar, mas não substituir o Srº M. naquilo que consegue realizar sozinho.

O treino de AVD é uma intervenção primordial do EEER, uma vez que proporciona a aquisição da máxima funcionalidade e qualidade de vida através de estratégias adaptativas e de produtos de apoio (OE, 2011).

Uma vez que o cliente apresentava alto risco de queda, verificado por uma pontuação de 65 na escala de Morse, realizaram-se ensinamentos sobre a prevenção de quedas no domicílio, alertando para a importância de eliminar tapetes, evitar chão molhado e encerado e utilizar calçado confortável e de sola antiderrapante.

O segundo plano de cuidados elaborado (Apêndice VII), foi relativo à D^a C. referenciada pelo hospital, por apresentar dependência nas AVD, necessidade de gestão do regime terapêutico, controle de sintomas e continuação da reabilitação. O internamento deveu-se a um adenocarcinoma do pulmão no estágio IV.

Na avaliação da D^a C. verificou-se que durante a realização das AVD, apresenta dispnéia a pequenos esforços, pontuação 5 no *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*. Tem força muscular 4/5 em todos os segmentos corporais, de acordo com a *Medical Research Council*.

Apresenta ligeira dependência para a realização das AVD, tendo pontuação de 75 segundo o índice de Barthel, sendo que o autocuidado mais comprometido era o banho. Devido à dispnéia, a cliente já revela muita dificuldade em algumas tarefas do quotidiano, pelo que se avaliou a execução das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), através da escala de Lawton & Brody (versão de Sequeira, 2007) tendo uma pontuação de 23, ou seja, é dependente nas AIVD, nomeadamente, no cuidar da casa, lavar a roupa, preparar as refeições, fazer compras e andar de transportes públicos.

Primeiramente, a minha reflexão após a primeira visita domiciliária a esta cliente, foi o que o EEER poderia oferecer-lhe, uma vez que a ER não está muito documentada para esta patologia. Desta forma, senti necessidade de ir rever alguma teoria e consultar novos documentos, com o intuito de saber o que diz a literatura sobre o benefício da mesma.

A RR nos clientes com neoplasia do pulmão, deve incluir humidificação frequente das vias aéreas e técnicas de permeabilização das mesmas, devido à hipersecreção e obstrução brônquicas que caracterizam os processos neoplásicos (Branco et al (2012).

A D^a C. apresenta os requisitos nos desvios da saúde e os requisitos universais de “Manutenção de uma quantidade suficiente de ar” e “Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso” alterados. As intervenções de ER foram inseridas no sistema parcialmente compensatório e sistema apoio-educação.

Ao longo de todas as visitas domiciliárias, prestou-se apoio emocional à D^a C.,

uma vez que mostrava tristeza perante toda a situação.

Por forma a colmatar a intolerância à atividade, foram realizados ensinamentos sobre a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e sobre as posições de descanso e alívio da dispneia, como a posição de cocheiro, às quais a cliente recorre esporadicamente, tal como, ensino acerca de técnicas de conservação de energia.

O recurso a técnicas de conservação de energia contribuiu para a diminuição do grau de dispneia nas atividades de autocuidado. Estas técnicas baseiam-se em princípios de conservação de energia e de redução do trabalho de forma a reduzir sintomas de dispneia e evitar esforços com um consumo de oxigénio aumentado, com recurso, em caso de necessidade a produtos de apoio (Branco et al, 2012).

O plano individual de intervenção inicialmente proposto para a D^a C., acabou por sofrer alterações, isto porque, iniciámos um plano de reabilitação, em que se realizou RFR e mobilizações para controlo da dispneia e manutenção da sua capacidade funcional, no entanto, a cliente sofreu um grande declínio da função respiratória. Ao fim de algum tempo a cliente já não tolerava qualquer exercício pela dispneia acentuada que apresentava (pontuação 10, na escala de Borg modificada).

Tendo em conta a situação, as últimas visitas domiciliárias realizadas à cliente, foram mais com o intuito de controlar a dispneia pela vertente farmacológica, tal permitiu-me trabalhar uma vertente da ER mais voltada para os cuidados paliativos, uma vez que a enfermeira orientadora tinha formação nesta área.

Constatou-se que a cliente tinha a adesão ao regime terapêutico comprometida, uma vez que não se encontrava a fazer o Spiriva Respimat®, pela crença de que a OLD substituía o mesmo, no entanto, após algum tempo de conversa percebeu-se que a carência económica era também um fator limitador. Desta forma, contactou-se a médica da equipa, que prescreveu Ipatrópio e Salbutamol, pedindo-se também receita médica para a compra de uma câmara expansora, devido à carência económica. Foram feitos os ensinamentos da técnica inalatória.

Na seguinte visita domiciliária, foi avaliada a técnica inalatória, sendo que a cliente cometia os seguintes erros: não faz os inaladores pela ordem correta, não efetua uma expiração lenta antes da inalação, não aguarda pelo menos 30 segundos para efetuar o próximo inalador. Foram efetuadas as correções fazendo os devidos ensinamentos e treinando a técnica inalatória. A mesma foi sempre reavaliada nas visitas posteriores, sendo que a cliente realizava a técnica já sem erros.

De acordo com um estudo, que teve por objetivo caracterizar as pessoas dependentes no autocuidado, a toma da medicação surge como o autocuidado no qual os clientes da amostra são mais dependentes, necessitando de ajuda de outrem (Ribeiro & Pinto, 2013). Logo, torna-se essencial que o EEER dê relevância à gestão do regime terapêutico.

Outros clientes dos quais a enfermeira orientadora era gestora de caso, e que tive a oportunidade de acompanhar ao longo do estágio foram o Sr^o L. com o diagnóstico de Esclerose Múltipla e a D^a P. com doença de Batten.

Ambos se encontravam totalmente dependentes nas AVD, fazendo levantar diário para a cadeira de rodas, com ajuda total de terceiros. Apresentam tônus muscular 2/4 na escala de Ashworth e força muscular 0/5 na escala *Medical Research Council* nos membros superiores e inferiores. A D^a P. já não consegue estabelecer nenhum tipo de comunicação, todavia, o Sr^o L. responde com ligeiros movimentos da cabeça a perguntas de “Sim” ou “Não” e apesar da sua limitação física, mantém atividades lúdicas, como ler livros e ver o noticiário. Ambos os clientes se encontravam no sistema totalmente compensatório.

Nos segmentos corporais em que o cliente não consegue realizar o movimento, deve ser planeado e executado pelo EEER um programa individualizado e adaptado de mobilizações passivas (OE, 2009b). As mobilizações passivas permitem manter o tônus articular, promover a tensão do aparelho capsulo-ligamentar e o estiramento das fibras musculares (Branco et al., 2010). Desta forma, o plano de ER já implementado e que pode dar continuidade, tinha por objetivo a manutenção do tônus muscular e a prevenção da rigidez articular, promovendo também o conforto e o bem-estar dos clientes.

Os ganhos em saúde ocorrido nas várias unidades da RNCCI, foram atestados num estudo que objetivou avaliar a evolução da dependência no autocuidado, nos clientes admitidos na rede. Os mesmos foram avaliados nos 10 domínios do autocuidado, na admissão e na alta. Verificou-se uma evolução positiva, em que a dependência global no autocuidado na admissão variava entre “totalmente dependente” e “necessita de ajuda de pessoas” e na alta clínica entre “necessita de ajuda de pessoas” e “necessita de equipamentos” (Petronilho et al., 2017).

As intervenções para a promoção do autocuidado deveriam ser realizadas com uma duração curta e várias vezes ao longo do dia, porém, em ECCL tal não é possível.

Uma forma de contornar o problema pode ser a instrução do cliente para realizar dentro do possível os exercícios, ou instruir os cuidadores informais.

Pelas atividades descritas, julgo que consegui fomentar o autocuidado com a prestação de cuidados de ER a clientes do foro sensoriomotor e que, foram ao encontro da competência do EE, baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento e das 3 competências específicas do EEER.

Como já tinha mencionado para o anterior contexto, defini o objetivo de **“Participar na gestão dos cuidados de ER, promovendo a segurança e qualidade”**. Um dos aspetos que considerei mais relevantes na gestão na ECCI, foi a atribuição dos clientes aquando da sua entrada, ao enfermeiro que seria o gestor de caso. Tal gestão era feita após a primeira visita domiciliária, e tendo em conta as necessidades do cliente, uma vez que havia um enfermeiro generalista. Assim, seriam atribuídos a esse enfermeiro, os clientes que não careciam de ER.

Outra questão importante na ECCI, é o facto de não ser possível as visitas domiciliárias diárias, todavia, julgo que alguns clientes beneficiariam de visitas mais frequentes, não sendo possível cabe ao EEER priorizar e gerir da melhor forma as visitas a realizar e os cuidados de ER a prestar. Julgo que ao longo do tempo, fui conseguindo realizar esta priorização das visitas.

No âmbito da gestão, o EEER tem uma intervenção importante na melhoria da qualidade dos cuidados promovendo a comunicação interdisciplinar através de reuniões de equipa (Hoeman, 2011). Deste modo, participei nas reuniões multidisciplinares na qual o EEER tinha uma intervenção valorizada, em que dava a conhecer à equipa as potencialidades dos clientes e as suas necessidades.

Pelo descrito, julgo ter atingido o supradito objetivo e desenvolvidas as competências do EE e do EEER, já elencadas no contexto anterior.

Em suma, ambos os contextos de estágio, foram muito proveitosos em novas aprendizagens, permitindo-me a implementação de planos de ER a clientes com patologias variadas e com diferentes necessidades de autocuidado. Julgo que os conhecimentos que adquiri e as competências que penso ter desenvolvido, ser-me-ão uma mais valia, no meu percurso profissional.

2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

A elaboração deste relatório de estágio, permitiu que fizesse uma reflexão e análise sobre todo o percurso formativo, nomeadamente o estágio. Tal foi feito, com a exposição das atividades e intervenções desenvolvidas e seus contributos para a minha aprendizagem e para a minha atuação enquanto futura EEER.

A prática de cuidados de ER foi possível devido à aquisição de novos saberes e novas competências que, indubitavelmente contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A mobilização de novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências, foram baseados na Teoria do Autocuidado de Orem, tendo sido o quadro de referência para a prestação de cuidados de ER.

Ao longo dos dois contextos de estágio houve pontos fortes e pontos fracos, sobre os quais faço agora uma reflexão.

Dos pontos fortes, realço a disponibilidade das enfermeiras orientadoras, que me receberam muito bem e contribuíam fortemente para o meu processo de aprendizagem, através da troca de ideias, esclarecimento de dúvidas e pelo facto de me levarem a refletir em quais os melhores cuidados de ER a prestar. Também a professora foi potenciadora da minha aprendizagem, através do pedido de elaboração dos jornais de aprendizagem e planos de cuidados. As consequentes reuniões para os discutir, levaram-me a uma reflexão sobre os mesmos e à implementação de alterações, que se refletiram na prática.

A escolha do serviço de Pneumologia foi outro ponto forte, porque me permitiu operacionalizar a temática do meu projeto de formação. E embora, a mesma tenha sido mais desenvolvida neste contexto, foi um contributo importante para o contexto seguinte. Também a participação no projeto “Férias em Saúde” na ECCI, contribuiu para a minha aprendizagem e para melhor conhecer o contexto comunitário.

Deparei-me com algumas limitações, que integraram os pontos fracos no meu processo de aprendizagem. Uma das limitações foi o facto de ter contactado poucas vezes com a família do cliente no serviço de Pneumologia, tal deveu-se ao horário das visitas, que não era coincidente com os turnos que realizava, que era o turno da manhã. Por outro lado, apesar do estágio ter sido muito enriquecedor ao nível da aprendizagem, houve áreas com as quais, não tive a oportunidade de lidar, tais como, a reeducação da eliminação, da sexualidade, da deglutição, e mesmo a prestação de

cuidados a clientes com AVC foi diminuta.

A experiência do estágio em Pneumologia fez com que refletisse na preparação do regresso a casa, principalmente no cliente com DPOC, uma vez que penso que a mesma deve ser iniciada mais precocemente, nomeadamente, logo na admissão. E a otimização da técnica inalatória deve ser iniciada o mais prematuramente possível.

A experiência de estágio em ECCL, permitiu-me verificar, que o ambiente domiciliário permite uma adaptação mais eficaz às necessidades que o cliente apresenta, pois constata-se as dificuldades e estabelecem-se estratégias de intervenção no seu domicílio. Não obstante os seus benefícios, a prática de ER no contexto domiciliário pode não facilitar a intervenção do EEER, nos casos de condições de habitação precárias, pobreza, más condições de higiene e situações familiares complexas. Nestas situações, o trabalho da equipa multidisciplinar torna-se fundamental.

Potencializar a visibilidade do contributo dos cuidados de ER para os resultados em saúde, é uma relevante estratégia para o reconhecimento social da profissão (OE, 2016). Assim, pude reconhecer o papel fulcral que o EEER tem no seio das equipas multidisciplinares e na capacitação do cliente para o autocuidado em geral, e para a técnica inalatória em particular.

As características dos enfermeiros, tais como, a preparação académica, o grau académico e a experiência, estão associadas a uma melhor qualidade dos cuidados prestados (Covell & Sidani, 2013). Logo, considero que a frequência deste curso de Mestrado irá potenciar a qualidade dos cuidados por mim prestados.

Em suma, o percurso de aprendizagem aqui demonstrado, possibilitou o desenvolvimento das competências comuns do EE, uma vez que a minha prestação de cuidados se baseou na responsabilidade profissional, tendo como intuito a melhoria contínua da qualidade, uma gestão eficaz dos cuidados e o desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais. Possibilitou também, o desenvolvimento das competências específicas do EEER, nomeadamente, no cliente com doença respiratória e com alterações sensoriomotoras, ao longo do ciclo vital, capacitando o cliente para o exercício da cidadania e maximizando a funcionalidade. Foi também ao encontro dos descritores de Dublin, que me permite atingir o nível do 2º ciclo de estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração do presente relatório, consegui dar resposta ao meu projeto de formação e à problemática abordada da terapêutica inalatória no cliente com DPOC, evidenciando as estratégias que o EEER poderá adotar, para fomentar a adesão à mesma.

A minha experiência de estágio, em ambos os contextos, permitiu-me desenvolver uma visão holística da ER e compreender a importância da multidisciplinaridade no sucesso da mesma. Foi também essencial, a edificação de bases para a conceção, implementação e monitorização dos planos de ER individualizados e adaptados aos objetivos do cliente/família.

Futuramente, pretendo dar continuidade à minha formação, tentando desenvolver as áreas menos trabalhadas durante o estágio, mantendo uma atualização constante dos conhecimentos, por forma a prestar cuidados fundamentos em evidência científica. Pretendo também, englobar na minha atual prestação de cuidados, todos os conhecimentos e competências adquiridas ao longo deste percurso, por forma a capacitar o cliente para o autocuidado e a promover a adesão à terapêutica inalatória. No entanto, tal poderá não ser facilitado no meu atual local de trabalho, uma vez que não há a prestação de cuidados de ER. Mas espero, que esta aquisição de competências me venha a abrir novas portas no âmbito profissional.

Gostaria de poder vir a investir na investigação no âmbito da ER, uma vez que, ao longo da pesquisa que fui realizando, verifiquei que em Portugal, a evidência científica produzida por EEER é ainda escassa. Seria importante, a realização de mais estudos, que comprovem os ganhos em saúde, pela ação do EEER.

Todo o percurso de estágio permitiu o alcance dos objetivos a que me propus no projeto de formação e também, o desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEER. No entanto, considero que é apenas o final de uma etapa, e que a partir de agora surgirão outros caminhos e outras oportunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adeniyi, B. & Erhabor, E. (2011). The peak flow meter and its use in clinical practice. *African Journal of Respiratory Medicine*. Disponível em : http://www.africanjournalofrespiratorymedicine.com/articles/march_2011/Peak%20flow%20meter.pdf
- Agh, T.; Inotai, A. & Meszaros, A. (2011). Factors Associated with Medication Adherence in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiration*, 82, 328–334. DOI: 10.1159/000324453
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm*, 14(3), 373-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Atzema, C. & Maclagan, L. (2017). The Transition of Care Between Emergency Department and Primary Care: A Scoping Study. *Academic Emergency Medicine*, 24(2), 201-215. DOI: 10.1111/acem.13125
- Baixinho, C. (2008). Capacidade de deambulação após fratura do colo do fêmur: revisão sistemática da literatura. *Referência*, II (8), 79-86.
- Barreto, M.; Cordeiro, M. & Mateus, D. (2014). Câmaras Expansoras. In Cordeiro, M. *Terapêutica inalatória: Princípios, técnicas de inalação e dispositivos inalatórios* (pp. 64-88). Loures: Lusodidacta.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (A. A. Queirós, Trad.). (edição comemorativa) Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original do inglês From Novice to Expert, first edition).
- Blee, J.; Roux, R.; Gautreaux, S.; Sherer, J. & Garey, K. (2015). Dispensing inhalers to patients with chronic obstructive pulmonary disease on hospital discharge: Effects on prescription filling and readmission. *American Journal of Health-System Pharmacists*, 72(15), 1204-1208. DOI: 10.2146/ajhp140621
- Branco, P., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). Temas de reabilitação: reabilitação respiratória. Porto: Medesign.
- Branco, P.; Maia J.; Barbosa J.; Medeiros I.; Cantista M.; Tomás R. & Cláudia S. (2010). *Temas de reabilitação: cinesiterapia e massoterapia*. Porto: Medesign.
- Brooke, M. (2013). COPD and its management in Australia. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*. 16(2), 8-12. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7dc29e68-5ef4-4a17-b31a-bd890ca38545%40sessionmgr4007&hid=4214>

- Cavaco, V. & Pontífice-Sousa, P. (2014). Passagem de turno em enfermagem: uma reflexão. *Sinais Vitais*, 115, 13-18.
- Cope, K.; Fowler, L. & Pogson, Z. (2015). Developing a specialist-nurse-led 'COPD in-reach service'. *British Journal of Nursing*, 24(8), 441- 445. Disponível em:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=301a3df8-8efe-45f0-86c2-70b1c471e929%40sessionmgr103&hid=102>
- Cordeiro, M. (2014). *Terapêutica inalatória: Princípios, técnicas de inalação e dispositivos inalatórios*. Loures: Lusodidacta
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Covell, C. & Sidani, S. (2013). Nursing intellectual capital theory: testing selected propositions. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (11), 2432–2445. **DOI:**10.1111/jan.12118
- Davis, J.; Wu, B.; Kern, D.;Tunceli, O.;Fox, K.;Horton,J.; Legg, M.; Trudo, F. (2017). Impact of Nonadherence to Inhaled Corticosteroid/LABA Therapy on COPD Exacerbation Rates and Healthcare Costs in a Commercially Insured US Population. *Am Health Drug Benefits*, 10 (2), 92-102. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1b8553cc-31a9-43d9-8f2e-42d1ba6d1842%40sessionmgr4006&hid=4104>
- Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Diário da República I Série, nº 109 (6/06/2006) 3856-3865.
- Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Diário da República I Série, nº 74 (16/04/2009) 2275-2277.
- Direção Geral da Saúde (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Orientações Programáticas. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2013a). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2013b). Utilização de Dispositivos Simples em

- Aerossoloterapia. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2015). Cuidados Respiratórios Domiciliários. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2016). Portugal: Doenças respiratórias em números - 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017) Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral do Ensino Superior (2008). Descritores de Dublin. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/Templates/ConteudoImpressao.aspx?GUID={36620050-F63C-4C1B-BF57-1945F686873D}>
- Dolphin, S. (2013). How nursing students can be empowered by reflective practice. *Mental Health Practice*, 16(9), 20-23. DOI:10.7748/mhp2013.06.16.9.20.e867.
- Donahoo, C. & Dimon, J. (2008). *Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia*. S. Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes, the state of the science* (2ª Ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Learning LCC.
- Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., Hall, L., Tourangeau, A. & Cranley, L. (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing Health*, 29, 61-70.
- Effing, T.; Bourbeau, J.; Vercoulen, J.; Apter, A.; Coultas, D.; Meek, P. & van der Palen, J. (2012). *Self-management programmes for COPD moving forward*. Chronic respiratory disease, 9(1), 27-35.
- Esteves, F.; Santos, I.; Valeriano, J. & Tomás, M. (2016). Treino de músculos inspiratórios em indivíduos saudáveis: estudo randomizado controlado. *Saúde & Tecnologia*, 15, 5-11.
- Fan, E.; Zanni, J.; Dennison, C.; Lepre, S. & Needham D. (2009). Critical illness neuromyopathy and muscle weakness in patients in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care*, 20, 243-253. DOI:org/10.1097/NCI.0b013e3181ac2551
- Fernandez, J.; Fernandez, F.; Ruiz, A.; Torres, D. & Fonseca, P. (2014). Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic

obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. *BMC Pulmonary Medicine*, 14(70). DOI:10.1186/1471-2466-14-70

Ferreira, D. (2014). Estratégias Educacionais. In Cordeiro, M. *Terapêutica inalatória: Princípios, técnicas de inalação e dispositivos inalatórios* (pp. 133-137). Loures: Lusodidacta.

Freitas, D.; Dias, F.; Chaves, G.; Ferreira, G.; Ribeiro, C.; Guerra, R. & Mendonça, K. (2015). Standard (head-down tilt) versus modified (without head-down tilt) postural drainage in infants and young children with cystic fibrosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. DOI: 10.1002/14651858.CD010297.pub2.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2018). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Fontana: GOLD

Gruffydd-Jones, K.; Marsden, H.; Holmes, S.; Kardos, P.; Escamilla, R.; Dal Negro, R.; Roberts, J.; Nadeau, G.; Vasselle, M.; Leather, D. & Jones, P. (2013). Utilidade do Teste de Avaliação da DPOC (CAT) em consultas do serviço primário de saúde: estudo controlado random. *Primary Care Respiratory Journal*. 22(1),37-43. DOI: org/10.4104/pcrj.2013.00001

Guimarães, M.; Dib, R.; Smith, A. & Matos, D. (2014). Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (2). DOI: 10.1002/14651858.CD006058.pub3

Hall, T.; Tori, K. & Champion, R. (2016). Home oxygen therapy assessment for COPD patients discharged from hospital: Respiratory NP Model of Care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 17-25. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=b045b7c5-cc67-478c-a280-01b84e8e2036%40sessionmgr4008>

Hesbeen, W. (2001). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Holmes, S. & Scullion, J. (2015). A changing landscape: diagnosis and management of COPD. *British Journal of Nursing*, 24 (8), 432-440. Disponível

em:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=05b9b347-c139-4488-93cb-22d260b802f2%40sessionmgr4010&hid=4201>.

- Ingebrigtsen, T.; Marott, J.; Nordestgaard, B.; Lange, P.; Hallas, J.; Dahl, M. & Vertbo, J. (2014). Low Use and Adherence to Maintenance Medication in Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the General Population. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), 51-59. **DOI:** 10.1007/s11606-014-3029-0
- Jácome, C. & Marques, A. (2014). Pulmonary rehabilitation for mild COPD: a systematic review. *Respiratory Care*, 59 (4), 588-94. **DOI:** 10.4187/respcare.02742.
- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence – essai sur un attracteur étrange*. Les éditions d'organisations. Paris: Quatrième Tirage.
- Lobo, A. & Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência*, 4, 61-68.
- Longarito, C. (2002). O ensino clínico: a importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, (5), 26-33.
- McCormarck, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Mendes, F.; Gemito, M.; Caldeira, E.; Serra, I. & Novas, M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 841-853. **DOI:** 10.1590/1413-81232017223.26292015
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). A Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde. Lisboa. Disponível em : <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20consti.pdf>
- Mohammadi, F.; Jowkar, Z.; Khankeh, H. & Tafti, S. (2013). Effect of home-based nursing pulmonary rehabilitation on patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised clinical trial. *British Journal of Community Nursing*, 18 (8),398-403. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=c32a77a3-7a62-47b3-98b6-ab0e3db256b0%40sessionmgr4009>
- National Institute for Health and Care Excellence (2010). Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care (partial update).NICE. Disponível

em:<https://www.nice.org.uk/guidance/cg101/documents/chronic-obstructive-pulmonary-disease-update-nice-draft-guideline2>

Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de Enfermagem em Emergência. *Nursing*, 219.

Nunes, R. (2012). Testamento Vital. *Nascer e crescer*, 21(4),250-255. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v21n4/v21n4a10.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009a). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Referencial do Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009b). Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer nº 12/ 2011. Lisboa: MCEER.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade- posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros (Colégio da Especialidade de ER).

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Reabilitação Respiratória. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Organização Mundial da Saúde. (2004). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (11), 121-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 55-62.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F.; Cidália, P.; Ana, M.; Dora, C.; Jorge, O.; Paula, C. & Maria, M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (14), 39-48. DOI: org/10.12707/RIV17027
- Regulamento nº350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República 2ª Série, nº119 (22 de Junho de 2015), 16655-16660.
- Ribeiro, J. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 27-36.
- Ribeiro, O. & Pinto, C. (2013). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 27–36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
- Riley, J. & Kruger, P. (2017). Optimising inhaler technique in chronic obstructive pulmonary disease: a complex issue. *British Journal of Nursing*, 26, (7), 391-397. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=3c021cc8-a8d6-4d8c-a812-28055d539dfc%40sessionmgr120>
- Sancho, J.; Bures, E.; Asunción, S. & Servera, E. (2016). Effect of High Frequency Oscillations on Cough Peak Flows Generated by Mechanical In-Exsufflation in Medically Stable Subjects With Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Respiratory Care*, 61 (8), 1051-1058. DOI: 10.4187/respcare.04552
- Santos, A.; Guimarães, R.; Carvalho, E. & Gastaldi, A. (2013). Mechanical Behaviors of Flutter VPR1, Shaker, and Acapella Devices. *Respiratory care*, 28(2), 298-304. DOI: 10.4187/respcare.01685
- Santos, E. (2003). Pensamento Crítico: Estratégias de desenvolvimento no ensino da enfermagem pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 17-23.

- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 59-62.
- Silva, E. (2014). Otimização da Terapêutica Inalatória. In Cordeiro, M. *Terapêutica inalatória: Princípios, técnicas de inalação e dispositivos inalatórios* (pp. 121-129). Loures: Lusodidacta.
- Sriram, K. & Percival, M. (2016). Suboptimal inhaler medication adherence and incorrect technique are common among chronic obstructive pulmonary disease patients. *Chronic Respiratory Disease*, 13(1), 13-22. **DOI:** 10.1177/1479972315606313
- Tan, C.; Say, G. & Geake, J. (2016). Long-term safety of tiotropium delivered by Respimat® SoftMist™ inhaler: patient selection and special considerations. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 12, 1433–1444. Disponível em : <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=117879e9-84a1-4a3d-968a-aac5a0092207%40sessionmgr4008>
- Uzel, F.; Karadağ, P.; Önür, S.; Turan, D.; Yentürk, E. & Tuncay, E. (2017). A Basic Question: Are Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Aware of Their Disease. *Turk Thorac Journal*, 18, 114-118. **DOI:** 10.5152/TurkThoracJ.2017.16048
- Varandas, M. & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, 22, 141-158.
- World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. Genebra: WHO. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization
- Zambulo, C.; Calundungo, V. & Raposo, L. (2016). Relação entre os parâmetros funcionais respiratórios e a dessaturação de O₂ durante a prova de marcha de 6 minutos, em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Salutis Scientia*, 8, 17-25. Disponível em : <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoId=31552>

Apêndices

Apêndice I- Projeto de Formação



8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

Enfermagem de Reabilitação e a Adesão à Terapêutica Inalatória do
Cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Tânia Catarina Vaz Moreira

Lisboa

Julho, 2017





8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

Enfermagem de Reabilitação e a Adesão à Terapêutica Inalatória do
Cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Tânia Catarina Vaz Moreira

Docente Orientador: Prof^a Cristina Saraiva

Lisboa

Julho, 2017



ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	4
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....	4
3. INTRODUÇÃO.....	5
4. O CLIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA E A ADESÃO À TERAPÊUTICA INALATÓRIA.....	10
3.1. Plano de trabalho e métodos	16
3.2. Descrição das tarefas e resultados esperados	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo I- Medida de Adesão ao Tratamento

Apêndice I- Cronograma das atividades

Apêndice II- Guiões de entrevista

Apêndice III- Critérios de Inclusão e Exclusão da revisão *Scoping*

Apêndice IV- Procedimento de pesquisa da revisão *Scoping*

Apêndice V- Fluxograma da revisão *Scoping*

Apêndice VI- Quadros dos artigos da revisão *Scoping*

Apêndice VII- Planeamento de Atividades

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

- 1.1. **Título:** Enfermagem de Reabilitação e a Adesão à Terapêutica Inalatória do Cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- 1.2. **Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica, adesão à terapêutica inalatória, prevenção de exacerbações, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
- 1.3. **Data de Início:** 25 de Setembro de 2017
- 1.4. **Duração:** Seis meses.

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o intuito de complementar a formação teórico-prática e como forma de aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) surge o estágio, que passa por dois locais distintos, o primeiro será no serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria e o segundo será na UCC Cuidar⁺, como descrito no cronograma de atividades (Apêndice I).

As instituições envolvidas terão um papel primordial para alcançar os objetivos delineados no presente projeto e desenvolver as competências enquanto EEER.

Foi realizada entrevista no serviço de Pneumologia com o intuito de melhor conhecer o local e verificar a adequação ao projeto, tendo a mesma sido conduzida por um guião previamente elaborado (Apêndice II), a descrição a mesma será apresentada mais à frente no projeto. Não foi possível realizar entrevista na UCC Cuidar⁺, no entanto, o guião elaborado para a sua consecução encontra-se igualmente no Apêndice II.

3. INTRODUÇÃO

O presente projeto surge no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, como etapa preambular para a obtenção do grau de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação e Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) (2013) em Portugal, as doenças respiratórias constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade, nomeadamente as doenças respiratórias crónicas, cuja prevalência é de 40% com possibilidade de vir a aumentar.

Segundo dados publicados pela DGS (2016), as doenças respiratórias (à exceção do cancro do pulmão) são a terceira causa mais importante de custos diretos relacionados com os internamentos hospitalares, correspondendo em 2013 a um encargo de 213 milhões de euros.

De acordo com a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) (2017) a DPOC é atualmente a quarta causa de morte em todo o mundo, no entanto, estima-se que em 2020 passe a ser a terceira causa de morte. A mesma é uma causa maior de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, sendo que muitas pessoas sofrem desta doença por muitos anos e morrem de forma prematura devido às complicações. No entanto, é de evidenciar que esta doença é prevenível e tratável.

A prevalência da DPOC é de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos e aumenta com a idade e com a carga tabágica. Tem uma fraca expressão (2%) no grupo etário dos 40 aos 49 anos, sendo de 10,2% no grupo dos 50 aos 59 anos e atingindo o valor de 30,8% acima dos 70 anos. Nesta última faixa etária e no sexo masculino a prevalência da DPOC é muito elevada, atingindo valores de 47,2% (DGS, 2013).

A taxa de mortalidade por DPOC tem-se mantido relativamente estável desde 2007, a taxa de mortalidade padronizada tem vindo a decrescer desde essa altura, com um decréscimo de 15% em 2013 relativamente a 2007 (DGS, 2016).

A DPOC está relacionada com o aumento dos custos económicos associados. Na União Europeia o custo direto associado às doenças respiratórias é de cerca de 6% do total das despesas com a saúde, sendo que a DPOC representa 56% das doenças respiratórias. De realçar que as exacerbações da DPOC constituem o

principal montante desses custos (GOLD, 2017). Tal pode estar relacionado com as conclusões obtidas por Cope, Fowler & Pogson (2015) que verificaram que após uma admissão hospitalar de um cliente com DPOC, um terço desses clientes serão readmitidos em menos de 90 dias após a alta.

Num estudo efetuado no Hospital de Santa Marta, verificou-se que o custo direto anual médio de um cliente com DPOC foi de 3676€ em 2006. No referido estudo, o internamento correspondeu a 53,5% da totalidade dos custos, enquanto o tratamento em ambulatório (medicação, oxigenoterapia de longa duração e ventilação não invasiva) e o atendimento em ambulatório corresponderam a 25,1% e 21,4% respetivamente (DGS, 2010). O custo médio anual de um internamento por DPOC muito grave encontra-se nos 8.000 euros (DGS, 2013).

De acordo com Holmes & Scullion (2015) um dos objetivos no tratamento da DPOC é minimizar as exacerbações e reduzir os reinternamentos hospitalares. As exacerbações agudas da DPOC estão associadas ao agravamento da doença, pelo que devem ser prevenidas e tratadas. O controlo e tratamento desta afeção permitem, não só a melhoria da qualidade de vida dos clientes e famílias, como a maior racionalização dos elevados custos envolvidos (DGS, 2011).

Estes custos poderão estar também relacionados com o facto de em 2014, os internamentos por DPOC corresponderam a 33,3% da globalidade dos internamentos por doenças respiratórias (DGS, 2014).

O EEER terá um papel essencial neste âmbito uma vez que segundo Cope, Fowler & Pogson (2015) é altamente recomendado que a avaliação, o tratamento e a preparação para a alta dos clientes com DPOC sejam feitos por um enfermeiro com formação acrescida na área da reeducação funcional respiratória. O benefício da ação destes enfermeiros na componente respiratória do cliente com DPOC foi atestado pelos autores, uma vez que no seu estudo verificaram que esta ação levava a uma redução do internamento hospitalar de 7,68 dias para 5,15 dias e as taxas de readmissão hospitalar baixaram de 8,1 admissões por mês para 3,9 admissões.

Assim, importa tratar a prevenção das exacerbações da DPOC que estão relacionadas com os reinternamentos e uma das formas de o fazer é fomentar a adesão ao regime terapêutico.

A *World Health Organization* (WHO) (2003) revela que nos clientes com doenças crónicas a taxa de adesão ao regime terapêutico nos países desenvolvidos

é de apenas cerca de 50%.

Nos clientes com DPOC a principal terapêutica será por via inalatória e estudos internacionais como os de Davis et al. (2017), Sriram & Percival (2016) e Agh, Inotai & Meszaros (2011) revelam que a adesão a esta terapêutica nestes clientes é baixa. Assim, o EEER terá um importante papel a desempenhar na promoção da adesão à terapêutica inalatória.

Os dados evidenciados mostram a relevância e pertinência deste tema, que surge também por um gosto e interesse pessoal pela temática e nomeadamente pelas intervenções autónomas que o EEER irá exercer neste âmbito, com o intuito de melhorar a função respiratória dos clientes. A minha prática laboral num serviço de Ortopedia permitiu-me perceber a importância da componente respiratória, uma vez que, os clientes do foro ortopédico desenvolvem frequentemente complicações respiratórias e têm comorbilidades associadas, dentre as quais a DPOC.

Este tema é também pertinente uma vez que a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015) considerou emergente a investigação das intervenções autónomas do EEER na função respiratória.

A realização do presente projeto tornar-se-á de grande utilidade, uma vez que, para alcançar a qualidade de cuidados tem que se optar por uma prática baseada na evidência (PBE), uma vez que esta se afigura como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas. Assim, Pereira, Cardoso & Martins (2012) afirmam que a PBE leva a melhores cuidados e práticas clínicas, associando esta dimensão a um maior desenvolvimento profissional.

Com o intuito de fomentar a PBE foi concretizada uma pesquisa de estudos mais recentes, conduzindo a uma revisão *Scoping* que procura suporte para o desenvolvimento da temática a abordar. Assim, acedeu-se à plataforma EBSCO *host integrated search* com mobilização da base de dados CINAHL *Plus with Full Text* e foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “*chronic obstructive pulmonary disease*”, “*medication adherence*” e “*medication compliance*”. Na pesquisa efetuada a medicação que surgiu nos artigos foi somente a inalatória.

A revisão *Scoping* pretende dar resposta á seguinte questão de pesquisa: **“Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação ao cliente com DPOC com vista à adesão à terapêutica inalatória?”**

Analisando a questão de pesquisa de acordo com a terminologia PCC, define-se os clientes com DPOC como a população, enquanto as intervenções de reabilitação constituem o conceito que poderão ser realizadas em qualquer contexto.

Para a seleção dos artigos a analisar foram definidos critérios de inclusão e exclusão (Apêndice III). Após a aplicação dos critérios ficaram 7 artigos finais, o procedimento da pesquisa encontra-se no Apêndice IV, o fluxograma da revisão *Scoping* encontra-se no Apêndice V e os quadros relativos aos artigos encontram-se no Apêndice VI. As principais conclusões dos artigos vão sendo elencadas ao longo do enquadramento teórico.

Apesar de nenhum dos artigos da revisão *Scoping* ter sido elaborado por enfermeiros, os seus resultados e nomeadamente as estratégias que sugerem para fomentar a adesão à terapêutica inalatória poderão ser utilizados pelo EEER, uma vez que vão de encontro às suas competências específicas que de acordo com a OE (2010a) passam por conceber e implementar programas de treino respiratório e implementar intervenções planeadas com o objetivo de otimizar ou reeducar as funções ao nível respiratório.

A nortear o presente projeto está o referencial teórico de Dorothea E. Orem pois fornece um subsídio valioso, uma vez que o cliente que tenha a sua componente respiratória comprometida e que possa vir a ter exacerbações terá o seu autocuidado também ele comprometido, por outro lado, ao fomentar a adesão à terapêutica inalatória estaremos a fomentar o autocuidado. É importante ter um referencial teórico, pois as teorias de enfermagem são construções de uma prática idealizada, com a finalidade de guiar as ações de enfermagem

O autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Doran et al. 2006). Assim, os enfermeiros e nomeadamente o EEER devem demonstrar até que ponto os resultados nos clientes se alteram com a sua intervenção. Segundo Doran (2011) não haver a garantia e evidência de que os cuidados de enfermagem irão influenciar diretamente os resultados obtidos pelos clientes, será danoso para a enfermagem como profissão.

O presente projeto tem como objetivos gerais:

- Desenvolver competências no domínio dos cuidados de enfermagem de reabilitação no cliente com DPOC com vista à adesão à terapêutica inalatória;
- Desenvolver competências no domínio dos cuidados de enfermagem de

reabilitação no cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e da sexualidade.

Em suma, pretendo adquirir o máximo de conhecimentos e desenvolver competências para conseguir, enquanto futura EEER, prestar cuidados de enfermagem de reabilitação de excelência e que contribuam para maximizar as potencialidades dos clientes ao longo do ciclo de vida.

O projeto incorpora o capítulo relativo ao cliente com DPOC e a adesão à terapêutica inalatória, de seguida o subcapítulo do plano de trabalho e métodos, o subcapítulo da descrição das tarefas e resultados esperados e por fim as considerações finais.

4. O CLIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA E A ADESÃO À TERAPÊUTICA INALATÓRIA

A WHO (2002) define a doença crónica como uma doença de duração continuada e de progressão lenta e que irá exigir tratamento ao longo de anos ou décadas.

A doença respiratória crónica, de acordo com a DGS (2012) refere-se a uma doença das vias respiratórias ou de outras estruturas do pulmão, sendo que irá ter um grande impacto na qualidade de vida e na funcionalidade dos clientes afetados.

Várias determinantes conduzem ao aumento das doenças respiratórias crónicas, sendo que a exposição ao fumo do tabaco é o maior fator de risco para o seu desenvolvimento. Outros fatores de risco importantes são a exposição à poluição doméstica e exterior, à exposição ocupacional, à malnutrição e às infeções respiratórias recorrentes em idades precoces (DGS,2013).

Uma das doenças respiratórias mais importantes pela sua elevada prevalência é a DPOC (DGS, 2012).

A GOLD (2017) define DPOC como uma doença comum, prevenível e tratável, que se caracteriza por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo aéreo, sendo que estes podem levar a complicações das vias aéreas e/ou dos alvéolos, sendo a causa mais significativa a exposição ambiental.

É indispensável que se faça o diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento para uma correta abordagem e eficácia na melhoria dos sintomas, diminuição das exacerbações e atraso no declínio da função pulmonar. Deve ser avaliada a etiologia dos sintomas, uma vez que os clientes tendem a desvalorizá-los por estes estarem ausentes em repouso ou por autolimitação da atividade física (DGS, 2011).

A dispneia é o sintoma que mais afeta as atividades de vida diária do cliente e que o leva mais frequentemente procurar os profissionais de saúde (Holmes & Scullion, 2015). A DPOC traduz-se por períodos de agravamento dos sintomas respiratórios, os quais são chamadas de exacerbações (GOLD, 2017).

Segundo a *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2010) uma exacerbação pode ser definida como um agravamento dos sintomas do cliente que vai mais além das variações dos sintomas do dia-a-dia, ocorrendo de forma aguda.

As estratégias para prevenir as exacerbações agudas da DPOC são, entre outras: cessação tabágica; vacinação (anti-gripal e anti-pneumocócica); uso regular

de broncodilatadores de longa ação (LABA ou LAMA); uso regular de terapêutica de associação ICS/LABA ou LAMA em doentes com obstrução grave ou muito grave e com exacerbações frequentes; reabilitação respiratória; autogestão da doença (DGS, 2011).

A terapêutica inalatória desempenha um papel central na gestão da DPOC, todavia, muitos clientes não a realizam da forma mais correta o que resulta numa diminuição de medicação administrada, o que por sua vez leva a que haja um menor controlo da doença (Riley & Kruger, 2017)

De acordo com a GOLD (2017) para se ajustar a terapêutica apropriadamente à progressão da doença, os *follow-up* devem incluir uma discussão do regime terapêutico, supervisionando principalmente: (1) a medicação prescrita e as suas dosagens; (2) a efetividade do regime terapêutico; (3) efeitos secundários; (4) a técnica inalatória e (5) a adesão ao regime terapêutico. Os clientes devem fazer a autogestão da sua doença monitorizando os sinais e sintomas da mesma e também aderindo ao tratamento, assim na autogestão da doença está englobada a adesão ao regime terapêutico.

A WHO (2003) define adesão ao regime terapêutico como o grau de extensão em que o comportamento do cliente em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de estilos de vida corresponde às recomendações dos profissionais de saúde.

A não adesão ao regime terapêutico acarreta graves consequências a nível de saúde, manifestando-se no aumento da incidência e prevalência de várias patologias, pelo que a adesão ao regime terapêutico é um importante indicador da eficiência dos serviços de saúde (WHO, 2003). No entanto, tal como acontece em outras doenças crónicas, a não adesão ao regime terapêutico nos clientes com DPOC é um problema comum e contribui para a redução da qualidade de vida e para o aumento dos custos associados (Fernández, Fernández, Ruiz, Torres & Fonseca, 2014).

Num estudo que objetivou relacionar os níveis de adesão à terapêutica inalatória com as exacerbações da DPOC e com os custos associados, dos 13657 clientes com DPOC, 13,9% aderiram à terapêutica durante os 12 meses do estudo. No entanto, houve uma ligeira não adesão de 14,4%, moderada não adesão de 17,9% e 53,8% de não adesão do total da amostra (Davis et al, 2017).

No entanto, o estudo elaborado por Agh, Inotai & Meszaros (2011) que

pretendeu estimar a adesão à terapêutica nos clientes com DPOC e os fatores que estavam relacionados com a não adesão, verificou que 58,2% do total de 170 clientes da amostra aderiram à terapêutica. Apesar de terem obtido valores diferentes dos obtidos por Davis et al. (2017) os autores do estudo consideram que a adesão ao regime terapêutico foi muito baixa.

Também Sriram & Percival (2016) concluíram que a adesão à terapêutica inalatória é baixa nos clientes com DPOC e que, a técnica inalatória é realizada com um ou mais erros, com diferentes tipos de inaladores.

Compreender os fatores associados à adesão terapêutica pode ajudar a melhorar os resultados em saúde nos clientes com DPOC. O estudo de Agh, Inotai & Meszaros (2011) revelou que a não adesão estaria relacionada com o facto de os clientes serem fumadores, uma vez que 90,1% dos clientes fumadores tenderam em não aderir. Também o número de medicação diária e as doses diárias influenciam a não adesão à terapêutica, uma vez que quando as tomas diárias são superiores a 3 existe 55% de não adesão. Davis et al. (2017) sugerem que a não adesão também pode dever-se a oportunidades perdidas durante os cuidados de saúde para otimizar a terapêutica e os seus benefícios.

Desta forma, cabe ao EEER implementar estratégias tendo como escopo o fomento da adesão ao regime terapêutico e a prevenção das exacerbações. Uma vez que a principal terapêutica no cliente com DPOC é inalatória o EEER terá de garantir que o cliente faça um uso correto da mesma. De acordo com a DGS (2015) a adesão e a eficácia terapêutica de qualquer dos fármacos nebulizados tem que ser avaliada periodicamente e com a maior objetividade possível.

Com este intuito Delgado & Lima (2001) validaram para Portugal a MAT (Medida de Adesão ao Tratamento) (Anexo I), a soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão ao tratamento, valores mais elevados significam maior nível de adesão. Tendo em conta que o fracasso da terapêutica de muitas doenças se deve fundamentalmente à inadequada adesão à mesma. É importante estar ciente que a utilização de um instrumento válido e fiável fornece desde cedo, ao profissional de saúde, um esboço do perfil de adesão de cada cliente.

Segundo a DGS (2013) a via inalatória constitui o método preferencial para administração de terapêutica no tratamento de doenças respiratórias. Nas doenças

pulmonares a via inalatória tem muitos benefícios, nomeadamente, o célere início de ação pela deposição direta do fármaco no pulmão e a aquisição de efeitos terapêuticos com doses menores das utilizadas por via sistémica. Porém, para se obterem resultados terapêuticos é necessário a utilização correta dos dispositivos de inalação.

A prescrição de medicação por via inalatória obriga ao ensino das técnicas de utilização dos sistemas de nebulização. Assim, aquando da prescrição deve ter-se em conta a capacidade do cliente para a execução correta da técnica de inalação, que é específica de cada dispositivo (DGS, 2015).

O EEER inserido na equipa multidisciplinar terá um papel essencial na adesão à terapêutica inalatória, uma vez que de acordo com a DGS (2015), os profissionais de saúde devem, atendendo à complexidade da utilização dos sistemas de nebulização, dar ao cliente instruções detalhadas da sua utilização.

É de suma importância que o EEER individualize as suas ações de fomento à terapêutica inalatória uma vez que a seleção do inalador mais adequado é muito relevante e segundo Riley & Kruger (2017) deve ser escolhido tendo em conta as características dos clientes (o fluxo inspiratório, a idade, a capacidade manual e força para realizar a técnica), as suas necessidades, as características de cada inalador para que o cliente consiga executar a técnica de forma correta.

De acordo com as *guidelines* emanadas pela NICE (2010) recomenda-se que a prescrição de terapêutica inalatória só deva ser feita após treino da técnica e após os clientes executarem a mesma de forma satisfatória; se os clientes não executarem a técnica de forma correta deve ser encontrada outra alternativa; a técnica inalatória deve ser avaliada regularmente por um profissional de saúde, e se a técnica não estiver a ser executada de forma correta, deve fazer-se novamente o ensino.

No entanto, como forma de aumentar a adesão a esta terapêutica o EEER também deverá dar formação à restante equipa de enfermagem, uma vez que segundo a revisão da literatura efetuada por Lareau & Hodder (2011) os profissionais de saúde têm poucos conhecimentos sobre a técnica inalatória.

Também Cordeiro (2010) verificou que os conhecimentos dos enfermeiros relativamente a esta técnica eram escassos, nomeadamente no que concerne à agitação do inalador, tempo de pausa entre cada inalação, cuidados de manutenção dos dispositivos e higiene oral, porém, após uma ação educativa teórico-prática os conhecimentos em relação a estes aspetos aumentaram e a técnica inalatória

melhorou.

Também Riley & Kruger (2017) atestam que dar formação aos enfermeiros, médicos e clientes sobre a técnica inalatória correta irá aumentar o número de clientes com DPOC a realizar a técnica corretamente. Este treino é particularmente relevante nos clientes que trocam de dispositivo inalatório e nos clientes que usam mais do que um tipo de dispositivo.

Assim, Davis et al. (2017) afirmam que existe um grande benefício clínico da adesão à terapêutica nos clientes com DPOC e que deve dar-se mais ênfase à educação para a saúde. Sugerem também que as tecnologias poderiam ser mais eficientemente utilizadas para facilitar a comunicação entre clientes e profissionais de saúde, como ter acesso ao *feedback* dos clientes, enviar lembretes e monitorizar a terapêutica.

Também na revisão sistemática da literatura efetuada por Bryant et al. (2013) se verificou que a monitorização e o *feedback* são intervenções que aumentam a adesão à terapêutica. Tais como, sessões individuais de educação para a saúde que incluam informação educacional escrita. Também o contacto telefónico por um enfermeiro após a alta irá contribuir para aumentar a adesão. O envolvimento dos cuidadores informais também será importante, porém, este aspeto está ainda pouco estudado.

Agh, Inotai & Meszaros (2011) referem que reduzir as doses diárias de medicação pode ser um método efetivo para fomentar a adesão à terapêutica.

A intervenção efetuada no estudo de Fernandez et al. (2014) é também de considerar uma vez que teve resultados positivos, a mesma consistiu num *follow-up* de um ano, em que foram abordados os aspetos motivacionais de cada cliente, sessões de educação para a saúde sobre a doença, a importância do tratamento e o desenvolvimento das competências relativas à técnica inalatória, fazendo sessões de treino da mesma.

No entanto, além da adesão à terapêutica inalatória, o EEER irá implementar outros cuidados com o intuito da reabilitação do cliente com DPOC, fazendo parte da equipa multidisciplinar que vai realizar o programa de reabilitação respiratória. Jácome & Marques (2014) apresentam a reabilitação respiratória como uma prática multidisciplinar e uma intervenção baseada na evidência, para pessoas com doença respiratória crónica sintomáticas. É um tratamento individualizado, delineado para

diminuir a sintomatologia, otimizar o estado funcional, aumentar a participação social e reduzir os custos de saúde através da prevenção de exacerbações.

De acordo com Cordeiro & Menoita (2012) a reabilitação respiratória é realizada por profissionais com formação especializada, nomeadamente os EEER, que têm uma ação fundamental no desenvolvimento de um plano com intervenções como a educação para a saúde, alimentação, reeducação funcional respiratória, encaminhamento para uma intervenção psicossocial e adesão ao regime terapêutico.

A função respiratória pode ser otimizada recorrendo a intervenções de reabilitação respiratória usando medidas não farmacológicas, exercícios e educação para a saúde, aumentando as capacidades físicas dos clientes, assim como os seus conhecimentos em relação à DPOC e à sua gestão. Assim, as sessões de educação para a saúde devem abarcar temas tais como, estratégias de respiração, higiene traqueobrônquica, gestão de energia, técnicas de relaxamento, o uso da oxigenoterapia e a gestão da terapêutica (Brooke, 2013).

Neste âmbito, a ação do EEER deve estar orientada para o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, que se encontra voltada nomeadamente para os enunciados descritivos da prevenção de complicações e do autocuidado.

Assim, tendo em conta que o autocuidado é um dos focos principais do EEER, o modelo teórico norteador do presente projeto será a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

O autocuidado é um dos conceitos centrais da enfermagem sendo este o foco e o resultado da promoção de saúde, implicando um planeamento de atividades que visam aumentar os conhecimentos e habilidades dos indivíduos (Petronilho, 2012).

Orem (2001) define o autocuidado como uma prática de atividades que os indivíduos principiam e realizam para seu próprio benefício, com o intuito da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

A Teoria do Autocuidado é dividida por Orem na Teoria do Autocuidado, na Teoria do Défice de Autocuidado e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

De acordo com Petronilho (2012) a Teoria do Défice do Autocuidado expressa e desenvolve a razão pelo qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem.

O défice de autocuidado surge quando as necessidades dos indivíduos são superiores às suas capacidades de autocuidado. Assim, após a avaliação do défice

de autocuidado o enfermeiro irá adequar a sua intervenção com o intuito de minimizar os efeitos do défice (Orem, 2001).

A mesma autora identifica cinco formas de ajuda: (1) agir ou fazer para outra pessoa; (2) guiar e orientar; (3) proporcionar apoio físico e psicológico; (4) proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e por fim (5) ensinar.

Para que um comportamento seja considerado autocuidado, deve estar voltado para dar resposta a um requisito de autocuidado e assim mediante os défices identificados, a intervenção do enfermeiro pode passar por três sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação (Orem, 2001). Em cada cliente pode ser usado um ou mais do que um dos três sistemas, pois este pode ser dependente em determinados requisitos de cuidados, porém autónomo nos restantes.

Tendo em conta o âmbito do presente projeto, destaco o sistema de apoio-educação, com vista à promoção da adesão à terapêutica inalatória uma vez que um dos meios de conseguir a adesão é através dos ensinamentos realizados ao cliente com DPOC, e de acordo com Orem (2001) neste sistema o cliente necessita apenas de apoio, orientação e instrução por parte do enfermeiro, pois este é capaz de desempenhar o seu autocuidado. Neste sistema o enfermeiro promove o indivíduo como um agente de autocuidado estimulando a tomada de decisão, o controlo do seu comportamento e a aquisição de conhecimentos e habilidades.

Assim, ao promover a adesão à terapêutica inalatória, estar-se-á a contribuir para o fomento do autocuidado nos clientes com DPOC.

3.1. Plano de trabalho e métodos

Para a elaboração do presente projeto realizou-se uma pesquisa exploratória com recurso a livros e artigos científicos, seguida de uma revisão *Scoping*, para aumentar os conhecimentos sobre a temática, porque tal como afirma a OE (2010b) especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem.

Foi mobilizado o pensamento crítico, a prática reflexiva, com o intuito de uma tomada de decisão fundamentada tal como é exigido no 2º ciclo de estudos.

Para melhor operacionalizar o projeto foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências no domínio dos cuidados de enfermagem de reabilitação no cliente com DPOC com vista à adesão à terapêutica inalatória.
- Desenvolver competências no domínio dos cuidados de enfermagem de reabilitação no cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e da sexualidade.

Objetivos específicos:

- Desenvolver a tomada de decisão enquanto futura EEER assente na ética e deontologia profissional;
- Integrar a equipa multidisciplinar em ambos os locais de estágio;
- Colaborar na implementação de planos de educação para a saúde, com vista à adesão à terapêutica inalatória no cliente com DPOC;
- Colaborar na implementação de planos de reeducação funcional respiratória no cliente com patologia respiratória;
- Promover a continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação após a alta;
- Melhorar conhecimentos nos domínios científicos, técnico e humano no âmbito da promoção do autocuidado no cliente com patologia respiratória e no cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e da sexualidade;
- Participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nos locais de estágio, promovendo a segurança e a qualidade dos mesmos;
- Prestar cuidados de reabilitação ao cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e sexualidade, para a promoção do autocuidado.

As instituições onde serão desenvolvidos os estágios irão permitir alcançar os objetivos supracitados, assim o serviço de Pneumologia irá ao encontro do primeiro objetivo geral e a UCC Cuidar + irá ao encontro do segundo objetivo geral.

No serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, a entrevista foi realizada à Sr^a Enf^a Chefe Carla Costa. O mesmo é um serviço misto e é composto por 20 camas de internamento em enfermaria, sendo as patologias mais prevalentes a DPOC, pneumonia, pneumotórax, derrame pleural, fibrose quística, neoplasias do pulmão (para estudo) e bronquiectasias. As comorbilidades associadas mais prevalentes são a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal, Diabetes *Mellitus* e patologias do foro gastrointestinal.

O serviço dispõe de 4 EEER, no entanto, os mesmos não prestam unicamente

cuidados de reabilitação, prestando também cuidados de enfermeiro generalista. A referenciação dos clientes para os EEER é feita em conjunto com a equipa médica, considerando as contraindicações que poderão estar presentes em cada patologia.

As principais áreas de prestação de cuidados do EEER são a ventilação não invasiva, a oxigenoterapia de longa duração e a técnica da terapêutica inalatória, existindo no serviço uma relevante componente de educação para a saúde nas áreas mencionadas. No que concerne à terapêutica inalatória, o EEER irá auxiliar na escolha do melhor inalador tendo em conta as capacidades físicas, cognitivas e sociais do cliente e irá envolver o cuidador na mesma.

Como indicadores da prestação de cuidados do EEER utiliza-se no serviço a escala de Borg, têm implementado um projeto para o fortalecimento da musculatura expiratória no cliente com DPOC, utilizando o espirómetro de incentivo e o projeto “Cuidar em Contexto Familiar”, com o intuito de dar continuidade aos cuidados após a alta, realizando um contacto telefónico uma semana após a mesma.

A UCC Cuidar+ tem por missão a prestação de cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, particularmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo, operando ainda na educação para a saúde.

Assim, considera-se que o presente projeto se adequa a ambos os locais de estágio.

3.2. Descrição das tarefas e resultados esperados

Tendo em conta os domínios de competências e respetivas unidades do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010b) e específicas do EEER (OE, 2010a), foi elaborado o planeamento das atividades, os recursos necessários, indicadores e critérios de avaliação utilizados, tendo como intuito a concretização dos objetivos específicos do projeto e o desenvolvimento das mesmas competências. O planeamento das atividades será apresentado sob a forma de tabela que se encontra no apêndice VII, tendo sido construída uma tabela para cada objetivo específico. Algumas atividades propostas ajudam a alcançar um ou mais objetivos específicos, porém, procurou-se a não repetição das mesmas, por forma a simplificar as tabelas, assim cada atividade constará no objetivo específico para a qual

será mais pertinente.

Considera-se que todas as atividades elaboradas no presente projeto estejam assentes nos pressupostos do Código Deontológico e na individualidade e preferências do cliente e família. Deste modo, a competência comum do enfermeiro especialista no domínio: A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é transversal a todas as atividades deste projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto constitui uma etapa preliminar que culminará no 3^a semestre aquando dos estágios e apenas estará concluído com a elaboração do relatório de estágio.

Assim, o projeto irá nortear o percurso a realizar no estágio, uma vez que foram definidas as competências que pretendo desenvolver e os objetivos que pretendo alcançar, sendo que para tal defini as atividades que terei de realizar.

No entanto, faço a ressalva de que o projeto não é estático, pelo que pode haver a necessidade de alterações de acordo com os locais de estágio.

A elaboração do mesmo permitiu-me a obtenção de novos conhecimentos relativamente à DPOC e à adesão à terapêutica inalatória. Do que foi descrito, o desafio que se coloca aos enfermeiros de reabilitação é o de desenvolverem soluções criativas que sejam custo-efetivas e concorram para o tratamento, para o controlo da DPOC e para ajudar os clientes a preservarem a autonomia no autocuidado. Estas soluções devem integrar aquilo que é a melhor evidência disponível e serem adequadas aos contextos de cuidados.

Mais estudos deveriam ser elaborados, nomeadamente pelos EEER, uma vez que, no que concerne à adesão à terapêutica inalatória nos clientes com DPOC existe pouca literatura que seja elaborada por enfermeiros.

A implementação do projeto será muito profícua para o desenvolvimento das competências de Enfermagem de Reabilitação e para o meu desenvolvimento profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agh, T.; Inotai, A. & Meszaros, A. (2011). Factors Associated with Medication Adherence in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiration*, 82, 328–334. DOI: 10.1159/000324453
- Blee, J.; Roux, R.; Gautreaux, S.; Sherer, J. & Garey, K. (2015). Dispensing inhalers to patients with chronic obstructive pulmonary disease on hospital discharge: Effects on prescription filling and readmission. *American Journal of Health-System Pharmacists*, 72(15), 1204-1208. DOI: 10.2146/ajhp140621
- Brooke, M. (2013). COPD and its management in Australia. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*. 16(2), 8-12. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7dc29e68-5ef4-4a17-b31a-bd890ca38545%40sessionmgr4007&hid=4214>
- Bryant, J.; McDonald, V.; Boyes, A.; Sanson-Fisher, R.; Paul, C. & Melville, J. (2013). Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Respiratory Research*, 14(109). Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=c5b7776a-4de7-4568-aeff-161942f1eb1c%40sessionmgr4010&hid=4104>
- Cope, K.; Fowler, L. & Pogson, Z. (2015). Developing a specialist-nurse-led 'COPD in-reach service'. *British Journal of Nursing*, 24(8), 441- 445. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=301a3df8-8efe-45f0-86c2-70b1c471e929%40sessionmgr103&hid=102>
- Cordeiro, M. (2010). *Intervenção Educativa junto de um grupo de Enfermeiros de um serviço de Medicina: Impacto na prática da terapêutica inalatória*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova, Lisboa.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência
- Davis, J.; Wu, B.; Kern, D.; Tunceli, O.; Fox, K.; Horton, J.; Legg, M.; Trudo, F. (2017). Impact of Nonadherence to Inhaled Corticosteroid/LABA Therapy on COPD Exacerbation Rates and Healthcare Costs in a Commercially Insured US Population. *Am Health Drug Benefits*, 10 (2), 92-102. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1b8553cc-31a9-43d9-8f2e-42d1ba6d1842%40sessionmgr4006&hid=4104>

- Delgado, A. & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Direção Geral da Saúde (2010). Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC - Informação Complementar sobre a DPOC em Portugal. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Orientações Programáticas. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2015). Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerosolterapia por Sistemas de Nebulização. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2016). Portugal: Doenças respiratórias em números - 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes, the state of the science* (2ª Ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Learning LCC.
- Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., Hall, L., Tourangeau, A. & Cranley, L. (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing Health*, 29, 61-70.
- Fernandez, J.; Fernandez, F.; Ruiz, A.; Torres, D. & Fonseca, P. (2014). Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. *BMC Pulmonary Medicine*, 14(70). DOI:10.1186/1471-2466-14-70
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Fontana: GOLD.
- Holmes, S. & Scullion, J. (2015). A changing landscape: diagnosis and management of COPD. *British Journal of Nursing*, 24 (8), 432-440. Disponível

em:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=05b9b347-c139-4488-93cb-22d260b802f2%40sessionmgr4010&hid=4201>.

- Ingebrigtsen, T.; Marott, J.; Nordestgaard, B.; Lange, P.; Hallas, J.; Dahl, M. & Vertbo, J. (2014). Low Use and Adherence to Maintenance Medication in Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the General Population. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), 51-59. **DOI:** 10.1007/s11606-014-3029-0
- Jácome, C. & Marques, A. (2014). Pulmonary rehabilitation for mild COPD: a systematic review. *Respiratory Care*, 59 (4), 588-94. **DOI:** 10.4187/respcare.02742.
- Lareau, S. & Hodder, R. (2011). Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, 113-120. **DOI:** 10.1111/j.1745-7599.2011.00681.x
- National Institute for Health and Care Excellence (2010). Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care (partial update).NICE. Disponível em:<https://www.nice.org.uk/guidance/cg101/documents/chronic-obstructive-pulmonary-disease-update-nice-draft-guideline2>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros (Colégio da Especialidade de ER).
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 55-62.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Riley, J. & Kruger, P. (2017). Optimising inhaler technique in chronic obstructive pulmonary disease: a complex issue. *British Journal of Nursing*, 26, (7), 391-

397.Disponível

em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=3c021cc8-a8d6-4d8c-a812-28055d539dfc%40sessionmgr120>

Sriram, K. & Percival, M. (2016). Suboptimal inhaler medication adherence and incorrect technique are common among chronic obstructive pulmonary disease patients. *Chronic Respiratory Disease*, 13(1), 13-22. **DOI:** 10.1177/1479972315606313

World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Block for Action*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organizatio

Anexo I- Medida de Adesão ao Tratamento

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

APÊNDICES

Apêndice I- Cronograma das atividades

Cronograma de atividades

Cronograma de atividades																			
2017										2018									
Mês	Setembro			Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro		Fevereiro		Março	Abril	Maio
Serviço de Pneumologia																			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
UCC Cuidar +																			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
Elaboração do Relatório de Estágio																			

Entrega do relatório

Apêndice II- Guiões de entrevista

Guião de entrevista

Instituição/ serviço: Serviço de Pneumologia

Enfermeira Chefe:

Enfermeiro/a Orientador/a:

Data: 16.05.2017

Dimensões	Questões/ estratégias
1. Legitimação da entrevista	1.1. Apresentação dos objetivos da entrevista / estágio; 1.2. Apresentação dos intervenientes.
2. Caracterização do serviço	2.1. Quais as características diferenciadoras que o serviço de Pneumologia possui para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? 2.2. Como se referenciam os clientes para os cuidados de enfermagem de reabilitação?
3. Caracterização dos clientes	3.1. Qual o número de clientes a usufruir de cuidados de enfermagem de reabilitação? 3.2. Quais as patologias prevalentes com necessidade de intervenção da enfermagem de reabilitação? 3.3. Qual a faixa etária prevalente desses mesmos clientes? 3.4. Quais as suas co morbilidades prevalentes?
4. Gestão de recursos humanos	4.1. Qual o papel do enfermeiro de reabilitação no serviço de Pneumologia? 4.2. De que forma é realizada a distribuição dos enfermeiros de reabilitação? 4.3. Como são geridos os horários dos enfermeiros de reabilitação?
5. Gestão de equipamentos e materiais	5.1. De que forma é assegurada a manutenção e

	<p>reposição dos materiais utilizados pelos enfermeiros de reabilitação?</p> <p>5.2. Existe uma base logística para o enfermeiro de reabilitação?</p>
<p>6. Gestão de cuidados e resultados</p>	<p>6.1. Qual é o modelo adotado na prestação de cuidados de enfermagem?</p> <p>6.2. Quais os principais indicadores de gestão utilizados?</p> <p>6.3. Existem indicadores de gestão específicos para os cuidados de enfermagem? Quais?</p> <p>6.4. Quais os principais problemas e prioridades apresentados no serviço no que respeita à enfermagem de reabilitação?</p> <p>6.5. De que forma são efetuados os registos dos enfermeiros de reabilitação?</p> <p>6.6. De que forma se dá continuidade ao plano de cuidados de enfermagem de reabilitação após a alta?</p> <p>6.7. De que forma os enfermeiros e nomeadamente os de reabilitação envolvem a família no plano de cuidados de reabilitação?</p>
<p>7. Prevenção de exacerbações</p>	<p>7.1. De que forma o enfermeiro de reabilitação atua na prevenção das exacerbações das patologias respiratórias?</p> <p>7.2. De que forma o enfermeiro de reabilitação promove a autogestão da doença?</p>

Guião de entrevista

Instituição/ serviço: ECCI

Enfermeira Chefe:

Enfermeiro/a Orientador:

Data:

Dimensões	Questões/ estratégias
1. Legitimação da entrevista	1.1. Apresentação dos objetivos da entrevista / estágio; 1.2. Apresentação dos intervenientes.
2. Caracterização do serviço	2.1. Quais as características diferenciadoras que a UCC Cuidar + possui para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? 2.2. Como se referenciam os clientes para os cuidados de enfermagem de reabilitação?
3. Caracterização dos clientes	3.1. Qual o número de clientes a usufruir de cuidados de enfermagem de reabilitação? 3.2. Quais as patologias prevalentes com necessidade de intervenção da enfermagem de reabilitação? 3.3. Qual a faixa etária prevalente desses mesmos clientes? 3.4. Quais as necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes nos clientes a necessitar de reabilitação sensoriomotora?
4. Gestão de recursos humanos	4.1. Qual o papel do enfermeiro de reabilitação na UCC Cuidar+?

	<p>4.2. De que forma é realizada a distribuição dos enfermeiros de reabilitação?</p> <p>4.3. Como são geridos os horários dos enfermeiros de reabilitação?</p>
<p>5. Gestão de equipamentos e materiais</p>	<p>5.1. De que forma é assegurada a manutenção e reposição dos materiais utilizados pelos enfermeiros de reabilitação?</p> <p>5.2. Existe uma base logística para o enfermeiro de reabilitação?</p>
<p>6. Gestão de cuidados e resultados</p>	<p>6.1. Qual é o modelo adotado na prestação de cuidados de enfermagem?</p> <p>6.2. Quais os principais indicadores de gestão utilizados?</p> <p>6.3. Existem indicadores de gestão específicos para os cuidados de enfermagem? Quais?</p> <p>6.4. Quais os principais problemas e prioridades apresentados na UCC Cuidar+ no que respeita à enfermagem de reabilitação?</p> <p>6.5. De que forma são efetuados os registos dos enfermeiros de reabilitação?</p> <p>6.6. De que forma interagem e dão continuidade aos planos de cuidados de reabilitação já implementados noutras instituições?</p> <p>6.7. De que forma os enfermeiros e nomeadamente os de reabilitação envolvem a família no plano de cuidados de reabilitação?</p>

7. Prevenção de exacerbações

7.1. De que forma o enfermeiro de reabilitação atua com vista à prevenção das exacerbações das doenças respiratórias?

7.2. De que forma o enfermeiro de reabilitação promove a autogestão da doença?

Apêndice III- Critérios de Inclusão e Exclusão da revisão *Scoping*

Critérios de Inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos publicados nos últimos seis anos	Artigos de opinião e noticiosos
Idioma de publicação em Português, Francês, Inglês ou Espanhol	Idioma de publicação não enquadrado nos mencionados
Artigos cuja população fossem exclusivamente clientes com DPOC	Artigos não disponíveis gratuitamente
Artigos que abordassem a adesão à terapêutica inalatória	Artigos não disponíveis em <i>Full Text</i>
	Artigos cuja população tivesse outras patologias que não exclusivamente a DPOC

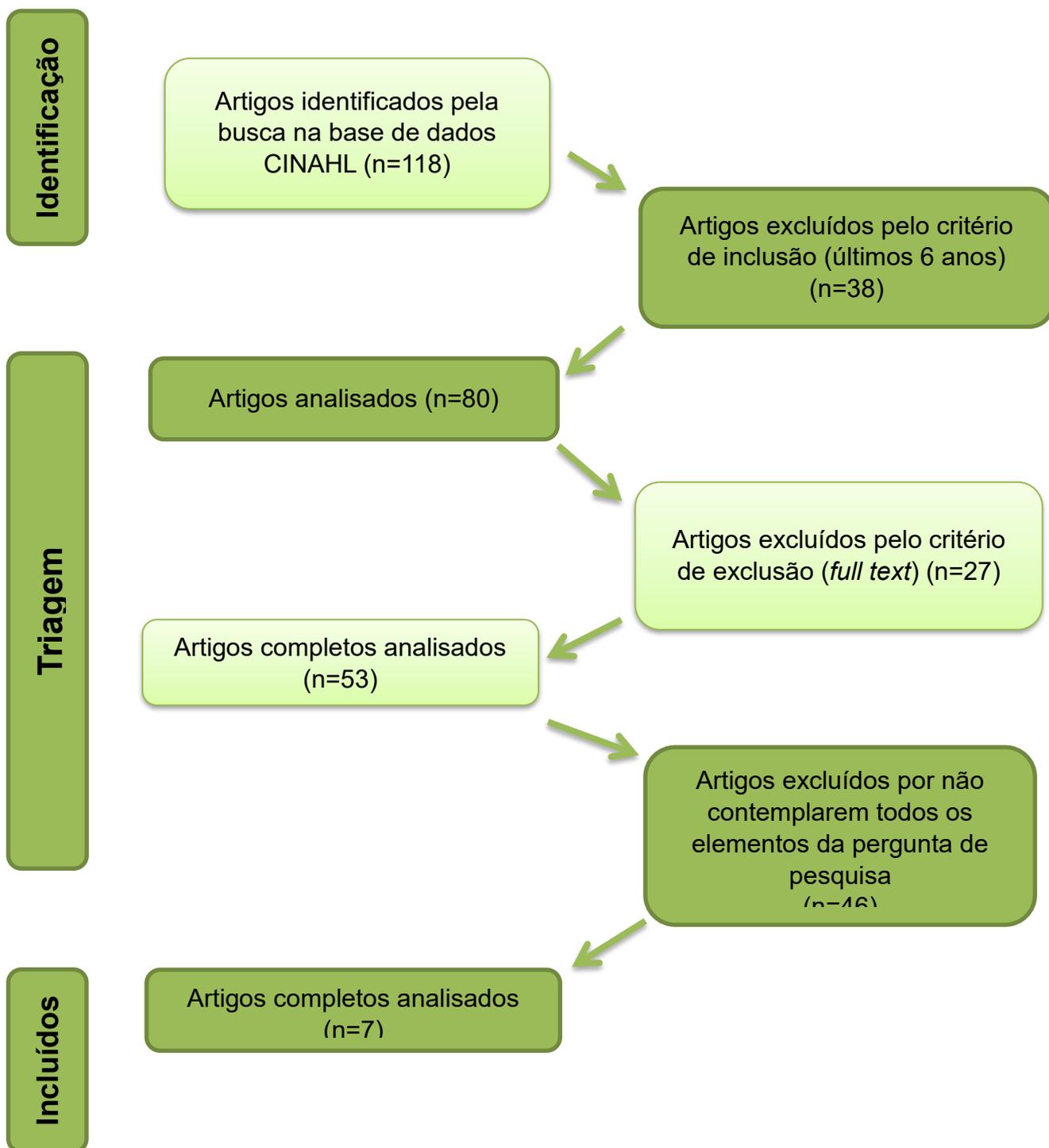
Apêndice IV- Procedimento de pesquisa da revisão *Scoping*

Procedimento de pesquisa da revisão *Scoping*

Base de dados	Palavras-chave	Resultados
CINAHL (procedimento já com os limitadores de <i>full text</i> e artigos publicados nos últimos 6 anos)	“chronic obstructive pulmonary disease”	2138
	“chronic obstructive pulmonary disease” AND “medication adherence”	17
	“chronic obstructive pulmonary disease” AND “medication compliance”	36
	“chronic obstructive pulmonary disease” AND “medication adherence” AND “medication compliance”	14
	“chronic obstructive pulmonary disease” AND “medication adherence” AND “nursing”	0

Apêndice V- Fluxograma da revisão *Scoping*

Fluxograma da revisão *Scoping*



Apêndice VI- Quadros dos artigos da revisão Scoping

Artigo nº1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título: Impact of Nonadherence to Inhaled Corticosteroid/LABA Therapy on COPD Exacerbation Rates and Healthcare Costs in a Commercially Insured US Population Autores: Davis, J. et al. Fonte: American Health & Drug Benefits, 2017
FINALIDADE DO ESTUDO	Objetivos do Estudo: Atestar a associação entre a adesão aos diferentes tipos de terapêutica inalatória com as exacerbações da DPOC e os custos associados.
CONCLUSÕES DO ESTUDO	Os clientes que aderiram à terapêutica corticoide inalada tiveram menores taxas de exacerbações da DPOC e menores custos associados quando comparados com os clientes que aderiram apenas moderadamente ou tiveram mesmo baixa adesão. Assim, uma melhor adesão à terapêutica poderá ajudar a reduzir o problema clínico e económico associado à DPOC.
O ESTUDO	Tipo de Estudo: Estudo de Coorte, Observacional Conceitos-chave: Adesão, DPOC, custos, exacerbação da doença, problema económico, corticosteroides inalados, não adesão, score de correspondência, proporção dos dias analisados
CONTEXTO DO ESTUDO	Os clientes da amostra eram seguidos em ambulatório, durante 12 meses.
AMOSTRA	13657 clientes com DPOC, com mais de 40 anos e que iniciaram a terapêutica inalatória na altura do estudo.
QUESTÕES ÉTICAS	Foi salvaguardado o anonimato dos participantes do estudo.
COLHEITA DE DADOS	A adesão à terapêutica inalatória foi calculada através do número de dias em que os clientes efetuavam a mesma.
ANÁLISE DOS RESULTADOS	Os resultados foram analisados através do SAS versão 9.4
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	Do total da amostra houve 1898 (13,9%) que aderiram totalmente ao tratamento, 1971 (14,4%) não aderiram de forma ligeira, 2443 (17,9%) não aderiram moderadamente e 7345 (53,8%) não aderiram. Os clientes que não aderiram à terapêutica ou não aderiram moderadamente tiveram uma maior taxa de exacerbações, esta foi avaliada segundo o número de internamentos e de idas à urgência. Verificou-se que os custos económicos associados seriam elevados nestes clientes muito devido ao maior número de internamentos.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Fomentar a adesão à terapêutica inalatória fará diminuir as taxas de exacerbações e consequentemente os custos associados.

Artigo nº 2

<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</p>	<p>Título: Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial Autores: Fernandez, J.; Fernandez, F.; Ruiz, A.; Torres, D. & Fonseca, P. Fonte: BMC Pulmonary Medicine, 2014</p>
<p>FINALIDADE DO ESTUDO</p>	<p>Objetivos do Estudo: Avaliar a efetividade de uma intervenção multifatorial na promoção da adesão terapêutica inalatória nos clientes com DPOC.</p>
<p>CONCLUSÕES DO ESTUDO</p>	<p>A aplicação da intervenção multifatorial desenhada para o presente estudo resultou num aumento da adesão à terapêutica inalatória nos clientes com DPOC.</p>
<p>O ESTUDO</p>	<p>Tipo de Estudo: O estudo foi realizado durante 1 ano, com 3 visitas de follow-up, em que foi dada informação acerca da doença e da importância do tratamento e foi explicada e treinada a técnica inalatória. A adesão foi determinada pelo número de clientes que foram classificados como aderentes, sendo que esse número foi determinado pelas doses e pela contagem dos comprimidos.</p> <p>Conceitos-chave: Adesão à terapêutica, DPOC, Educação para a saúde</p>
<p>CONTEXTO DO ESTUDO</p>	<p>Clientes seguidos em ambulatório.</p>
<p>AMOSTRA</p>	<p>146 clientes com DPOC, que foram divididos em 2 grupos (o grupo de controlo e o grupo de intervenção). Os participantes tinham de residir na área de Málaga, ter prescrita medicação inalatória e não ter outra patologia respiratória além da DPOC, assim como problemas cognitivos.</p>
<p>QUESTÕES ÉTICAS</p>	<p>O estudo foi aprovado pelas comissões de ética da Fundação de Cuidados Primários de Málaga e pela comissão de ensaios clínicos do Hospital- Universidade Virgen de la Victoria. Todos os participantes assinaram um consentimento informado.</p>
<p>COLHEITA DE DADOS</p>	<p>A colheita de dados foi feita através da contagem de comprimidos. Foi usado o Batalla Teste para avaliar os conhecimentos que os clientes possuíam sobre a doença. A avaliação da técnica inalatória foi efetivada verificando se estava de acordo com as guidelines SEPAR.</p>
<p>ANÁLISE DOS RESULTADOS</p>	<p>A análise dos resultados foi feita usando o SPSS, versão 15.0</p>
<p>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</p>	<p>No grupo de intervenção a adesão à terapêutica aumentou de 41,1% para 48,6%. No mesmo grupo houve um aumento de 23.7% no que concerne aos conhecimentos sobre a doença e de 66.4% no que concerne à técnica inalatória.</p>
<p>IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</p>	<p>Este estudo permitiu atestar a importância de um programa de educação para a saúde para o aumento da adesão à terapêutica inalatória e compreender um pouco melhor o complexo conceito de adesão terapêutica. No entanto, a adesão implica mudanças comportamentais e este aspeto relaciona-se com os interesses e expectativas pessoais dos clientes.</p>

Artigo nº 3

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título: Dispensing inhalers to patients with chronic obstructive pulmonary disease on hospital discharge: Effects on prescription filling and readmission Autores: Blee, J.; Roux, R.; Gautreaux, S.; Sherer, J. & GaRey, K. Fonte: American Journal of Health-System Pharmacists, 2015
FINALIDADE DO ESTUDO	Objetivos do Estudo: Aceder à adesão da terapêutica inalatória após a alta dos clientes com DPOC depois da implementação de uma intervenção relativa ao correto uso dos inaladores.
CONCLUSÕES DO ESTUDO	Uma intervenção relativa ao correto uso dos inaladores realizada nos clientes com DPOC durante o internamento, mais especificamente aquando da alta, mostrou ser eficaz uma vez que fomentou o aumento da adesão à terapêutica inalatória.
O ESTUDO	Tipo de Estudo: Quantitativo, quase-experimental, dividido em 2 fases. Conceitos-chave: Omisso
CONTEXTO DO ESTUDO	Clientes em internamento, sendo que a intervenção é realizada no momento da alta.
AMOSTRA	412 clientes no período de pré-intervenção e 208 no período de pós-intervenção.
QUESTÕES ÉTICAS	Omisso.
COLHEITA DE DADOS	A adesão após a intervenção foi avaliada através das recargas nos inaladores.
ANÁLISE DOS RESULTADOS	SAS versão 9.1
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	A adesão à terapêutica aumentou de 55% para 100% após a intervenção. Houve uma redução dos reinternamentos hospitalares de 21,4% para 8,7%. Houve uma poupança de \$20,777.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Uma intervenção efetuada nos clientes com DPOC poderá ser positiva e incrementar a adesão à terapêutica inalatória aquando da alta, reduzindo assim os reinternamentos e os custos associados.

Artigo nº 4

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título: Low Use and Adherence to Maintenance Medication in Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the General Population Autores: Ingebrigtsen, T.; Marott, J.; Nordestgaard, B.; Lange, P.; Hallas, J.; Dahl, M. & Vertbo, J. Fonte: Journal of General Internal Medicine, 2014
FINALIDADE DO ESTUDO	Objetivos do Estudo: Testar hipóteses de que a adesão à terapêutica em clientes com DPOC é baixa, mesmo em casos de DPOC graves ou muito graves.
CONCLUSÕES DO ESTUDO	A adesão à terapêutica nos clientes com DPOC está associada com a severidade da doença, mas mesmo nos casos mais graves a adesão é baixa.
O ESTUDO	Tipo de Estudo: Conceitos-chave: DPOC; severidade; GOLD; medicação de longa ação
CONTEXTO DO ESTUDO	Clientes com DPOC seguidos em ambulatório.
AMOSTRA	5812 clientes com DPOC com mais de 40 anos, residentes em Copenhaga, que foram examinados entre 2003 a 2008.
QUESTÕES ÉTICAS	O estudo foi aprovado pela Comissão de ética Dinamarquesa e foi obtido o consentimento informado de todos os participantes.
COLHEITA DE DADOS	A adesão foi calculada através das doses usadas pelos clientes durante o período do estudo.
ANÁLISE DOS RESULTADOS	Foi usado o <i>statistical software package R</i> (versão 2.15.3)
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	Os resultados mostram que a adesão varia com o estadio da GOLD (quanto maior o estadio menos a adesão) no entanto, os autores consideraram baixa a adesão em todos os estádios. A combinação de vários tipos de medicação inalatória irá levar a diferentes taxas de adesão, sendo que a associação de medicação que leva a uma maior taxa de adesão são os corticoides com beta2-agonistas de ação prolongada.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Os profissionais de saúde deverão estar alerta para o estadio da DPOC e para o tipo de associação de medicação inalatória que o cliente toma.

Artigo nº 5

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<p>Título: Suboptimal inhaler medication adherence and incorrect technique are common among chronic obstructive pulmonary disease patients</p> <p>Autores: Sriram, K. & Matthew, P.</p> <p>Fonte: Chronic Respiratory Disease, 2016</p>
FINALIDADE DO ESTUDO	<p>Objetivos do Estudo: Quantificar a adesão à terapêutica inalatória; Avaliar a técnica inalatória dos clientes com DPOC; Identificar variáveis associadas com a adesão à terapêutica inalatória e com a técnica inalatória.</p>
CONCLUSÕES DO ESTUDO	<p>Os clientes com DPOC têm uma baixa adesão à terapêutica inalatória e cometem erros na execução da técnica. No entanto, não há relação entre os factos mencionados e as variáveis da amostra.</p>
O ESTUDO	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo, Observacional</p> <p>Conceitos-chave: DPOC, broncodilatadores, medicina respiratória</p>
CONTEXTO DO ESTUDO	<p>Cliente com DPOC seguidos em ambulatório.</p>
AMOSTRA	<p>150 clientes com DPOC, com prescrição de terapêutica inalatória, que estiveram internados ou que são seguidos em ambulatório.</p>
QUESTÕES ÉTICAS	<p>Omisso.</p>
COLHEITA DE DADOS	<p>Foi feita uma entrevista a todos os participantes da amostra. A adesão à terapêutica inalatória foi avaliada através da <i>Medication Adherence Report Scale</i> (MARS). A técnica inalatória foi avaliada através da <i>"inhaler technique in adults with asthma or COPD checklist"</i>.</p>
ANÁLISE DOS RESULTADOS	<p>A análise foi realizada através do <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (SPSS) versão 20.0.</p>
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	<p>Os resultados mostram que 63 participantes tinham uma total adesão à terapêutica inalatória, sendo que 87 apresentavam uma menor adesão. Verificou-se que os participantes que apresentavam maior adesão seriam também os participantes com mais idade. O número de exacerbações no último ano, entre o grupo mais aderente e o menos aderente não é significativo. Verificou-se que os participantes cometiam mais do que um erro na técnica inalatória, na utilização dos vários tipos de inalador. Não se verificou associação entre os erros da técnica com as variáveis da amostra.</p>
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	<p>Através deste estudo verifica-se que a adesão à terapêutica inalatória é baixa e que a técnica não realizada corretamente. Assim, os profissionais de saúde devem estar alerta para este facto, tentando monitorizar a adesão e fazendo ensinios da correta técnica inalatória.</p>

Artigo nº 6

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título: Factors Associated with Medication Adherence in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Autores: Agh, T.; Inotai, A. & Meszaros, A. Fonte: Respiration, 2011
FINALIDADE DO ESTUDO	Objetivos do Estudo: Estimar a adesão à terapêutica inalatória e identificar fatores relacionados com a mesma nos clientes com DPOC.
CONCLUSÕES DO ESTUDO	A adesão à terapêutica inalatória nos clientes com DPOC é baixa. Reduzir as doses da terapêutica diária pode ser uma estratégia para fomentar a adesão.
O ESTUDO	Tipo de Estudo: Quantitativo, Observacional Conceitos-chave: DPOC, Adesão à terapêutica, Reabilitação Respiratória, Qualidade de vida
CONTEXTO DO ESTUDO	Clientes com DPOC seguidos em ambulatório.
AMOSTRA	170 Clientes com DPOC, com mais de 40 anos e com o diagnóstico da doença há mais de 1 ano.
QUESTÕES ÉTICAS	O estudo foi aprovado pelo <i>Semmelweis University Regional and Institutional Committee of Science and Research Ethics</i> . Foi obtido o consentimento informado de todos os participantes.
COLHEITA DE DADOS	A adesão à terapêutica inalatória foi avaliada através da <i>Morisky Medication Adherence Scale</i> . Nas questões relativas à qualidade de vida foi utilizado o <i>EuroQol 5-dimension questionnaire</i> .
ANÁLISE DOS RESULTADOS	A análise dos resultados foi efetuada usando o SPSS versão 17.0.
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	Do total dos 170 participantes no estudo verificou-se 58,2% de adesão à terapêutica. As causas mais comuns para a não adesão seriam o esquecimento da medicação e sentir-se pior com a toma da mesma. A adesão estava associada à idade (os clientes com mais idade aderem mais), ao facto de os clientes serem fumadores (os não fumadores aderem mais), o número de terapêutica por dia (quanto mais elevada menos a adesão) e a qualidade de vida (mais qualidade vida estaria associada a uma menor adesão). Por outro lado, não se verificou associação entre a adesão e o género, o estadio da GOLD, FEV 1 e os custos da medicação.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Os clientes com DPOC que não tenham sintomas tendem em não tomar a medicação inalatória devido ao mesmo, assim, consideram que têm uma boa qualidade de vida e daí esta poder estar associada a uma menor adesão. Assim, os profissionais de saúde têm de estar despertos para esta relação para prevenir futuras exacerbações que advêm da não adesão à terapêutica.

Artigo nº 7

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título: Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review Autores: Bryant, J.; McDonald, V.; Boyes, A.; Sanson-Fisher, R.; Paul, C. & Melville, J. Fonte: Respiratory Research 2013
FINALIDADE DO ESTUDO	Objetivo do Estudo: Analisar a efetividade de medidas para fomentar a adesão à terapêutica nos clientes com DPOC.
CONCLUSÕES DO ESTUDO	Promover a adesão à terapêutica nos clientes com DPOC é essencial para otimizar os resultados nestes clientes. É necessário a existência de mais estudos que sejam rigorosos para determinar a efetividade de estratégias para fomentar a adesão à terapêutica nos clientes com DPOC. Futuras pesquisas deverão considerar as intervenções que tiveram sucesso noutras doenças crónicas como, envolver os cuidadores informais.
O ESTUDO	Tipo de Estudo: Revisão Sistemática da Literatura. Conceitos-chave: Adesão à terapêutica, DPOC, Revisão Sistemática
CONTEXTO DO ESTUDO	Omisso.
AMOSTRA	Não aplicável.
QUESTÕES ÉTICAS	Omisso.
COLHEITA DE DADOS	Pesquisa nas bases de dados Medline e Cochrane.
ANÁLISE DOS RESULTADOS	Não aplicável.
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	As estratégias encontradas nos artigos analisados que fomentam a adesão à terapêutica nos clientes com DPOC são a monitorização e o feedback da técnica inalatória, uma intervenção multifatorial aquando da alta (incluindo contacto telefónico após a alta; educação para a saúde sobre a gestão da terapêutica, com informação educacional escrita; a visita de um enfermeiro após 3 dias da alta).
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	As causas para a não adesão à terapêutica nos clientes com DPOC são multifatoriais e complexas. No entanto existem estratégias que os profissionais de saúde deverão implementar para fomentar a adesão. Porém, são necessários mais estudos relativamente a esta problemática.

Apêndice VII- Planejamento de Atividades

1 - Desenvolver a tomada de decisão enquanto EEER assente na ética e deontologia profissional

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
A – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E ÉTICA E LEGAL	- Reconhecer o cliente como ser único, autónomo e parceiro na prestação de cuidados;	- Cumpre o exercício profissional respeitando o Código Deontológico;
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	- Tomar decisões sustentadas pelo Código Deontológico;	-Fundamenta a tomada de decisão em evidência científica;
A1.1 Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada	- Aceitar crenças e valores mantendo um processo efetivo, livre de juízos de valor;	- Reconhece o cliente como ser único, autónomo e parceiro na prestação de cuidados;
A1.2 Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas	- Desenvolver planos de intervenção em parceria com o cliente, família/cuidador;	- Desenvolve planos de intervenção em parceria com o cliente, família/cuidador;
A2. Promove Práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades Profissionais	- Promover o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico no âmbito da equipa multidisciplinar;	- Identifica dilemas éticos;
	- Refletir sobre a tomada de decisão.	- Participa na tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar;
		- Avalia os processos de tomada de decisão.

Critérios de Avaliação – De que modo os cuidados prestados foram importantes para o desenvolvimento da responsabilidade ética, legal e profissional.

Recursos Humanos e Materiais - Professora Orientadora; Enfermeiro/a Orientador/a; Equipa multidisciplinar; Cliente e família; Biblioteca; Base de dados; Documentos orientadores da prática de Enfermagem.

2 - Integrar a equipa multidisciplinar em ambos os locais de estágio

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
C – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer as dinâmicas de funcionamento e organização dos locais de estágio;- Consultar os manuais e normas de serviço e institucionais, regulamentos e protocolos existentes;- Identificar os métodos de organização de trabalho da equipa de enfermagem e articulação com equipa multidisciplinar;	<ul style="list-style-type: none">- Conhece as dinâmicas de funcionamento e organização dos locais de estágio;- Consulta manuais e normas de serviço e institucionais, regulamentos e protocolos existentes;- Identifica os métodos de organização de trabalho da equipa de enfermagem e articulação com equipa multidisciplinar;
D – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer os recursos humanos e materiais existentes para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;- Identificar as principais funções do EEER na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;- Identificar os projetos em vigor.	<ul style="list-style-type: none">- Conhece os recursos humanos e materiais existentes para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;- Identifica as principais funções do EEER na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;- Identifica os projetos em vigor.

Critério de Avaliação – De que modo demonstra integrar a equipa multidisciplinar, as funções de EEER e conhecer dinâmicas e recursos do serviço.

Recursos Humanos e Materiais - Enfermeira Chefe; Enfermeiro/a Orientador/a; Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar; Professora orientadora; Guião de entrevista; Documentos e protocolos do serviço.

3 - Colaborar na implementação de planos de educação para a saúde, com vista à adesão à terapêutica inalatória no cliente com DPOC

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
<p>B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado</p> <p>B2.2. Planeia programas de melhoria contínua</p>	<p>- Realizar acolhimento e colheita de dados junto do cliente com DPOC e família/cuidador;</p> <p>- Utilizar a Teoria do Autocuidado de Orem, avaliando em que sistema de enfermagem se encontra o cliente com DPOC (sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação);</p> <p>- Avaliar o cliente com DPOC com recurso a instrumentos de avaliação (ex: Medida de Adesão ao Tratamento, mMRC, índice de <i>Barthel</i>);</p> <p>- Avaliar os conhecimentos que o cliente/família possuem sobre a doença e a importância do tratamento;</p>	<p>- Realiza acolhimento e colheita de dados no cliente com DPOC e família;</p> <p>- Realiza um plano de cuidados individualizado para o cliente com DPOC com recurso aos pressupostos da teoria de Orem;</p> <p>- Avalia o cliente com DPOC com recurso aos instrumentos de avaliação (ex: Medida de Adesão ao Tratamento, mMRC, índice de <i>Barthel</i>)</p> <p>- Avalia os conhecimentos que o cliente/ família possuem sobre a doença e a importância do tratamento;</p> <p>- Avalia os conhecimentos que o cliente/família possuem sobre a técnica inalatória;</p>
<p>D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da Especialidade</p>	<p>- Avaliar os conhecimentos que o cliente/família possuem sobre a técnica inalatória;</p> <p>- Avaliar a capacidade cognitiva, funcional e motivacional do cliente para a adesão à terapêutica inalatória;</p> <p>- Avaliar possíveis causas da não adesão à terapêutica inalatória;</p>	<p>- Avalia a capacidade cognitiva, funcional e motivacional do cliente para a adesão à terapêutica inalatória;</p> <p>- Avalia possíveis causas da não adesão à terapêutica inalatória;</p>

J1.CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS

J1.2. Concebe planos de intervenção com propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processo e transição saúde/doença e ou incapacidade

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade

J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas

- Realizar sessões individuais de educação para a saúde para o cliente/família explicando no que consiste a DPOC e a importância do tratamento e ensinando e treinando a técnica inalatória;

- Avaliar o inalador que melhor se adequa ao cliente/família;

- Envolver a família na gestão da terapêutica inalatória;

- Realizar formação em serviço para a restante equipa de enfermagem sobre a técnica inalatória e os vários dispositivos;

- Avaliar e reformular se necessário as intervenções implementadas;

- Realizar registos de enfermagem que permitam a continuidade de cuidados.

- Realiza sessões individuais de educação para a saúde para o cliente/família ensinando e treinando a técnica inalatória;

- Avalia o inalador que melhor se adequa ao cliente/família;

- Envolve a família na gestão da terapêutica inalatória;

- Atua como formador em contexto de trabalho, diagnostica necessidades formativas e concebe e gere programas e dispositivos formativos;

- Avalia e reformula se necessário as intervenções implementadas;

- Realiza registos de enfermagem que permitam a continuidade de cuidados.

Critérios de Avaliação – De que forma a prestação de cuidados enquanto EEER contribuiu para avaliar a adesão à terapêutica inalatória no cliente com DPOC e para aumentar os conhecimentos do cliente e família sobre o tema.

Recursos Humanos e Materiais - Professora Orientadora; Enfermeiro/a Orientador/a; Equipa multidisciplinar; Cliente e família; Biblioteca; Base de Dados; Documentos e protocolos do serviço; meios de apoio à formação em serviço; inaladores, Processo Clínico do Cliente

4 - Colaborar na implementação de planos de reeducação funcional respiratória no cliente com patologia respiratória

Domínios e Competências

Atividades

Indicadores de Avaliação

B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado

B2.2. Planeia programas de melhoria contínua

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da Especialidade

J1.CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS

- Realizar acolhimento e colheita de dados junto do cliente com DPOC e família/cuidador;

- Avaliar capacidade de esforço (ex: Prova de 6 minutos de marcha);

- Treinar a prática de auscultação pulmonar e a interpretação imagiológica;

- Recolher dados clínicos do processo e informações dos exames complementares de diagnóstico;

- Implementar planos de intervenção de reeducação funcional respiratória adaptado às necessidades do cliente, que visem: ensino das posições de descanso, controlo da respiração, respiração diafragmática, ensino dos métodos de limpeza das vias aéreas, exercícios de reeducação respiratória localizados e globais e treino de exercício;

- Realiza acolhimento e colheita de dados junto do cliente com DPOC e família/cuidador;

- Avalia capacidade de esforço (ex: Prova de 6 minutos de marcha);

- Revela evolução na prática de auscultação pulmonar e a interpretação imagiológica;

- Recolhe dados clínicos do processo e informações dos exames complementares de diagnóstico;

- Implementa planos de intervenção de reeducação funcional respiratória;

- Orienta o cliente na utilização de técnicas de conservação de energia que promovem a realização das AVD;

- Realiza técnicas de correção postural com recurso a espelho quadriculado;

- Presta e fundamenta os cuidados de EEER baseados em evidência científica.

J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades

J1.2. Concebe planos de intervenção com propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processo e transição saúde/doença e ou incapacidade

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade

J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas

J3.MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA

J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório

J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados

- Orientar o cliente na utilização de técnicas de conservação de energia que promovem a realização das AVD;

- Realizar técnicas de correção postural com recurso a espelho quadriculado;

- Prestar cuidados de EEER baseados em evidência científica.

Crítérios de Avaliação – De que modo demonstra que a sua intervenção contribuiu para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória ao cliente com patologia respiratória com vista à reeducação da função, prevenção de complicações e promoção do autocuidado.

Recursos Humanos e Materiais - Professora Orientadora; Enfermeiro/a Orientador/a; Equipa multidisciplinar; Cliente e família; Biblioteca; Base de Dados; Documentos e protocolos do serviço; meios de apoio para a realização de reeducação funcional respiratória e treino de exercício; Processo Clínico do Cliente.

6 - Melhorar conhecimentos nos domínios científicos, técnico e humano no âmbito da promoção do autocuidado no cliente com DPOC e no cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e da sexualidade

B – DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

C – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar

J2. CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ACTIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA

- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação promovendo a adesão à terapêutica inalatória, tendo em vista o regresso a casa;

- Avaliar as necessidades relativas ao autocuidado e relativas à terapêutica inalatória para se fazer a articulação com ao EEER da comunidade;

- Referenciar aos cuidados de saúde na comunidade, através de contato telefónico e envio de carta de alta/transferência;

- Mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas acerca do plano de intervenção;

- Presta cuidados de enfermagem de reabilitação e promove a adesão à terapêutica inalatória, tendo em vista o regresso a casa;

- Avalia as necessidades relativas ao autocuidado e relativas à terapêutica inalatória e faz a articulação com ao EEER da comunidade;

- Referencia aos cuidados de saúde na comunidade, através de contato telefónico e envio de carta de alta/transferência;

- Mostra disponibilidade para esclarecer dúvidas acerca do plano de intervenção;

Crítérios de Avaliação- De que modo demonstra que a sua intervenção contribuiu para promover a continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação após a alta.

Recursos Humanos e Materiais - Professora Orientadora; Enfermeiro/a Orientador/a; Equipa multidisciplinar; Cliente e família; Enfermeiro na prestação de cuidados na comunidade; Biblioteca; Base de Dados; Nota de alta, telefone ou fax.

6 - Melhorar conhecimentos nos domínios científicos, técnico e humano no âmbito da promoção do autocuidado no cliente com DPOC e no cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e da sexualidade

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
<p>B – DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</p> <p>D – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades formativas pessoais; - Consultar de bibliografia pertinente e atualizada na área de enfermagem de reabilitação; - Refletir sobre a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação potenciando o crescimento pessoal e profissional; - Desenvolver conhecimentos teóricos e técnicos sobre reabilitação sensoriomotora, da eliminação e sexualidade e reeducação funcional respiratória; - Aprofundar conhecimentos com recurso a <i>guidelines</i> de intervenção e instrumentos de avaliação de resultados das intervenções realizadas; - Aplicar os novos conhecimentos nos cuidados de enfermagem de reabilitação promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica as necessidades formativas pessoais; - Consulta bibliografia pertinente e atualizada área de Enfermagem de Reabilitação; - Reflete sobre a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação potenciando o crescimento pessoal e profissional; - Desenvolve e amplia os conhecimentos teóricos e técnicos sobre reabilitação sensoriomotora, da eliminação e sexualidade e reeducação funcional respiratória; - Aprofunda os conhecimentos com recurso a <i>guidelines</i> de intervenção e instrumentos de avaliação de resultados das intervenções realizadas; - Aplica os novos conhecimentos nos cuidados de enfermagem de reabilitação e promove a qualidade dos cuidados de enfermagem; - Partilha os conhecimentos com a restante equipa de enfermagem/ multidisciplinar;

- Partilhar de conhecimentos com restante equipa de enfermagem/equipa multidisciplinar.

- Demonstra interesse em aproveitar as oportunidades de aprendizagem que surgem nos ensinos clínicos;
- Discute dúvidas fundamentadas com Enfermeiro Orientador e Professor Orientador na procura de conhecimentos;

Crítérios de Avaliação – De que modo o desenvolvimento de conhecimentos científicos e técnicos, melhorou a intervenção ao cliente com vista a reeducação da função, prevenção de complicações e promoção do autocuidado.

Recursos Humanos e Materiais - Professora Orientadora; Enfermeiro/a Orientador/a; Equipa multidisciplinar; Biblioteca; Base de dados

7 - Participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nos locais de estágio, promovendo a segurança e qualidade

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
C – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar J3.MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA	<ul style="list-style-type: none">- Gerir os cuidados de reabilitação prestados e a respetiva priorização, tendo em conta as diferentes situações clínicas;- Desenvolver 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">- Gere e prioriza a prestação de cuidados de reabilitação, promovendo a segurança e a qualidade dos mesmos;- Desenvolve pelo menos uma ação de formação;- Promove a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, mediante a delegação criteriosa, supervisão e avaliação dos cuidados delegados.

Crítérios de Avaliação – Em que medida a gestão e a priorização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, bem como a delegação das atividades foram adequadas.

Recursos Humanos e Materiais - Professora Orientadora; Enfermeiro/a Orientador/a; Equipa multidisciplinar; Biblioteca; Base de dados.

8 - Prestar cuidados de reabilitação ao cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e sexualidade, para a promoção do autocuidado.

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
<p>D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidade especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar acolhimento e colheita de dados junto do cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e da sexualidade e família/cuidador; - Avaliar o risco de alteração da funcionalidade ao nível sensório-motor, da eliminação e da sexualidade, com recursos a instrumentos e escalas de avaliação adequados (ex: índice de Barthel, MIF, índice de Katz, Escala de Glasgow, Escala de Lower, Escala de Ashworth, escala de Lawton e Brody); - Implementar planos de reabilitação tendo em vista os objetivos e a capacidade do cliente e família; - Utilizar a Teoria do Autocuidado de Orem, avaliando em que sistema de enfermagem se encontra o cliente (sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação); - Ensinar o cliente e família dos posicionamentos corretos a adotar; - Realizar treino de AVD, utilizando os produtos de apoio disponíveis e adequados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza acolhimento e colheita de dados junto do cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e da sexualidade e família/cuidador; - Avalia o risco de alteração da funcionalidade ao nível sensório-motor, da eliminação e da sexualidade, tendo usado o instrumento mais adequado para a situação; - Implementa planos de reabilitação tendo em vista os objetivos e a capacidade do cliente e família; - Realiza um plano de cuidados individualizado com recurso aos pressupostos da teoria de Orem; - Ensina o cliente e família dos posicionamentos corretos a adotar; - Realiza treino de AVD e utiliza os produtos de apoio disponíveis e adequados; - Monitoriza os resultados das intervenções implementadas em função dos objetivos definidos com a pessoa;

- Monitorizar os resultados das intervenções implementadas em função dos objetivos definidos com o cliente;

Crítérios de Avaliação – De que modo a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação contribuiu para o autocuidado no cliente com alterações sensoriomotoras, da eliminação e da sexualidade.

Recursos Humanos e Materiais - Professora Orientadora; Enfermeiro/a Orientador/a; Equipa multidisciplinar; Cliente e família; Biblioteca; Base de dados; Documentos orientadores da prática de Enfermagem; Produtos de Apoio; Processo Clínico do cliente.

Apêndice II- 1º plano de cuidados no contexto hospitalar



8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

1º Plano de Cuidados

Serviço de Pneumologia

Tânia Moreira, nº 5459

Enfermeira Orientadora, Ana Nabais

Professora Orientadora, Cristina Saraiva

Lisboa, Outubro de 2017

Colheita de dados

Data de admissão: 7/10/2017

Identificação do cliente: Sr. P.

Idade: 56 anos

Raça: leuco dérmico

Profissão: Programador de plataformas de Internet

Estado Civil: Solteiro

Residência: Lisboa

Agregado familiar: vive sozinho, forneceu o contacto de um amigo.

Motivo de internamento: DPOC agudizada por infeção traqueobrônquica e insuficiência respiratória parcial.

História da doença atual: O cliente recorreu ao serviço de urgência por febre até 39º, dispneia e tosse com expectoração purulenta, desde há 3 dias. Fica internado no serviço de Pneumologia por hipoxemia (PO2 =63,5) e aumento da proteína C reativa (PCR).

História Progressa: O cliente tem antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar com internamento aos 18 anos, da qual resultaram sequelas pulmonares e tem também DPOC. Refere ser alérgico aos ácaros e ao pólen. Foi seguido no Hospital de Santa Marta pelas sequelas da tuberculose pulmonar até ao ano 2000, passando a ser seguido pelo médico de família. Foi fumador de 5/6 cigarros por dia durante 6 anos, tendo deixado de fumar há já 20 anos. O cliente refere que é a primeira exacerbação da DPOC com necessidade de internamento.

Condições habitacionais: vive na Alta de Lisboa, num apartamento em prédio com 6 anos, que possui elevador.

Medicação de Ambulatório: Brimica 12/12h; Spiriva 1x dia; Fluticasona 12/12h; Aminofilina 225mg 12/12h. É independente na inaloterapia.

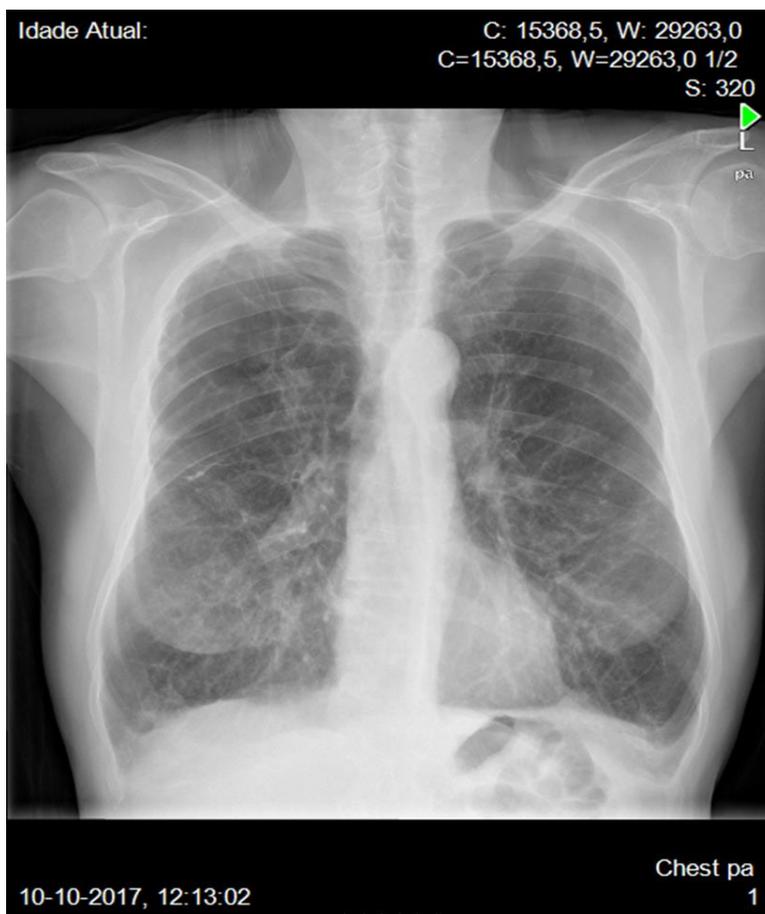
Medicação realizada no internamento:

Cloreto de Sódio 0,9% 500ml 1x dia; Salbutamol 4 puffs 6/6h; Ipratrópio 8 puffs 6/6h; Beclometasona 2puffs 12/12h; Amoxicilina + ácido clavulânico 1,2g 8/8h; Aminofilina 225mg 8/8h; Prednisolona 20mg 8/8h; Azitromicina 500mg 1x dia; Omeprazol 20mg 1x dia; Enoxaparina 40mg 1x dia;

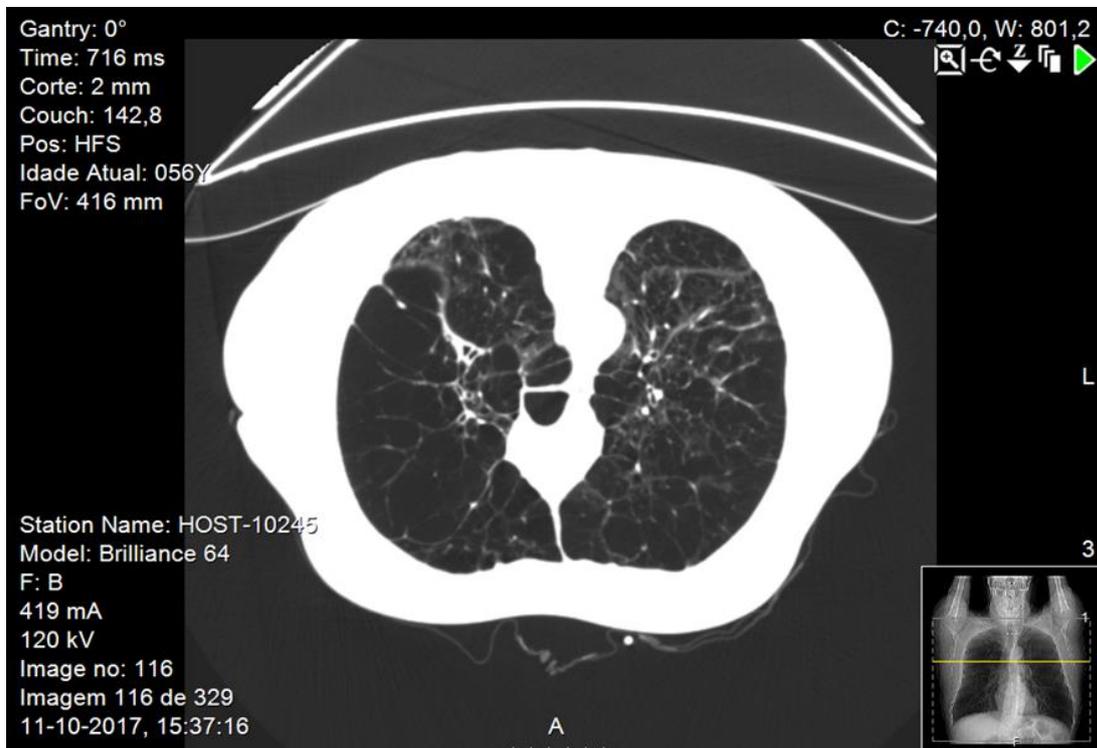
Exames complementares de diagnóstico:

10/10/2017

Radiografia do tórax: Incidência postero-anterior; o diafragma encontra-se retificado; hiperinsuflação pulmonar; enfisema com múltiplas bolhas em ambos os pulmões; um ligeiro apagamento de ambos os seios costo-frênicos.



TAC de Tórax: Exame efetuado sem contraste, por recusa do cliente. Observam-se extensas alterações pulmonares, com presença de enfisema bolhoso a envolver predominantemente os lobos pulmonares superiores.



Análises laboratoriais: Hemoglobina 13,8; Hematócrito 42; Leucócitos 7,05; Plaquetas 310; PCR 4,68; INR 1,15; Sódio 141; Potássio 3,9; Glucose 84; Colesterol total 129;

Avaliação de enfermagem de reabilitação a 10/10/2017

Uma vez que, a teórica que norteia o projeto de estágio que desenvolvi é Dorothea Orem, será também neste modelo teórico que me basearei para a construção do presente plano de cuidados.

O Sr. P. encontra-se consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Independente nas atividades de autocuidado.

Sinais Vitais:

TA: 145/100 mmHg ; FC: 84 bpm; FR: 18 ciclos/minuto

Apirético

Dor: 0 (escala numérica)

Ostenta um padrão respiratório de predomínio torácico, com simetria, ritmo regular, amplitude diminuída, com tiragem intercostal, saturação 94% com aporte de O₂ a 2l/m por óculos nasais. Apresenta dispneia a pequenos esforços. Tem acessos de tosse eficaz, com saída de expectoração espessa e mucopurulenta.

Escala de Borg Modificada: 9.

Exame objetivo do tórax

Inspeção:

Amplitude respiratória superficial, respiração regular de predomínio torácico.

Auscultação:

Murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores de ambos os campos pulmonares, sibilos nos 1/3 superiores e roncos nas bases.

Teoria do Autocuidado

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento

O cliente vive sozinho. Devido à DPOC tem vindo a ostentar um quadro progressivo de dispneia a médios esforços, que por vezes condiciona a realização das suas atividades de autocuidado. No internamento através da aplicação do questionário COPD *Assesment Test*–CAT obteve um score de 28, ou seja, a DPOC tem um grande impacto na sua vida.

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde

O cliente foi internado devido à DPOC agudizada por infeção traqueobrônquica. Apresenta um aumento da dispneia e aumento da tosse com expectoração mucopurulenta em moderada quantidade. Na avaliação do estado da DPOC segundo a GOLD o cliente é classificado no grupo B.

Avaliação dos requisitos universais de autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado
Manutenção de uma quantidade suficiente de ar.	Dispneia a médios esforços.	Apresenta um padrão respiratório de predomínio torácico, com simetria, ritmo regular, amplitude diminuída, com tiragem intercostal saturação 94% com aporte de O ₂ a 2l/m por óculos nasais. Apresenta dispneia a pequenos esforços. Tem acessos de tosse eficaz, com saída de expetoração mucopurulenta e espessa. Escala de Borg Modificada: 9.
Manutenção de uma ingestão suficiente de água.	No domicílio, o cliente refere ingerir cerca de 1l de água.	O cliente refere que no internamento, ingere menos água comparativamente ao domicilio.
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos.	O cliente refere que faz cerca de cinco refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia). Sem alterações do apetite.	O cliente faz o mesmo número de refeições.
Manutenção de um padrão de eliminação adequado.	Sem alterações.	Sem alterações. Utiliza o WC.
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso.	Limitação da atividade devido à dispneia a médios esforços. No entanto, sem alterações do sono.	Refere alterações do padrão de sono, afirma que acorda várias vezes ao longo da noite, devido ao barulho. Limitação da atividade por dispneia a pequenos esforços.
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social.	Sem limitação na interação social.	Sem alterações em termos de interação social, durante o internamento.

Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano.

Sem alterações.

O cliente afirma ter cessado a atividade tabágica, há já 20 anos.

Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, e as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.

Sem limitação, uma vez que o cliente refere que convive com os amigos regularmente fora de casa.

Foi aplicado o CAT (*COPD Assessment Test*), que permite medir o impacto que a DPOC tem na vida da pessoa. Obteve-se uma pontuação de 28, ou seja, a DPOC tem um impacto alto na vida da cliente.

Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Sistemas de Enfermagem Intervenções de enfermagem	Avaliação
<p><u>Trocas gasosas comprometidas, relacionadas com insuficiência respiratória parcial, manifestada por hipoxemia (PO2 =63,5) e dispneia (9 na escala de Borg).</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aliviar os sintomas de dispneia; - Melhorar a ventilação, corrigindo os seus defeitos; -Fortalecer a musculatura expiratória. 	<p><u>Sistema Parcialmente Compensatório</u> <u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultar o processo clínico; - Observar a Radiografia de tórax; - Consultar os resultados laboratoriais e da gasometria arterial; - Promover um ambiente calmo; - Auscultar o tórax antes e após o programa de RFR; - Avaliar a dispneia através da utilização da escala de Borg Modificada, antes e depois do programa de RFR; - Avaliar e registar, antes e depois do programa de RFR: <ul style="list-style-type: none"> - Sinais vitais; - Padrão respiratório; - Sinais de dificuldade respiratória. - Planear todo o programa de RFR juntamente com o cliente, explicando os objetivos de cada exercício, obtendo a sua colaboração; - Ensinar as posições de descanso e alívio da dispneia, com expiração com os lábios 	<p>13/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais Vitais no início da sessão: TA: 129/90 mmHg FC: 92 bpm FR: 18 ciclos/min, ostenta um padrão respiratório de predomínio torácico, com simetria, ritmo regular, amplitude diminuída, com tiragem intercostal, saturação 96% com aporte de O2 a 2l/m por óculos nasais; - Avaliada escala de Borg Modificada: dispneia de intensidade 2; - À auscultação verifica-se murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases pulmonares. Apresenta sibilos no terço médio do tórax esquerdo, mais audíveis na inspiração; - As sessões de RFR foram realizadas diariamente, sendo que o cliente foi sendo mais participativo ao longo das mesmas; - Houve um feedback positivo por parte do cliente relativamente aos ensinamentos, porém, necessitando de alguma orientação em alguns dos exercícios;

		<p>semicerrados, enfatizando a importância da fase expiratória;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; - Realizar exercícios de reeducação diafragmática (inicialmente sem resistência, que deve ser introduzida gradualmente em função da tolerância do cliente): <ul style="list-style-type: none"> -Reedução diafragmática da porção posterior; -Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda. - Realizar exercícios de reeducação costal: <ul style="list-style-type: none"> - Reeducação costal global com utilização de bastão; - Reeducação costal inferior; - Abertura costal seletiva direita e esquerda; - Iniciar os exercícios com um total de 10 séries, com aumento progressivo ao longo das sessões, sempre em função da tolerância do cliente; - Dar feedback ao cliente sobre os exercícios e corrigir quando necessário; - Monitorizar as saturações de oxigénio, garantindo o aporte do mesmo; 	<ul style="list-style-type: none"> - O cliente assumia a posição de descanso e relaxamento, com dissociação dos tempos respiratórios; - O cliente dava mais ênfase à fase expiratória, fazendo-o com os lábios semicerrados; - O cliente realizou todos os exercícios de RFR com 10 repetições, com tolerância, não necessitando de pausas para descansar, como na primeira sessão; - Na última sessão foi introduzida resistência, na reeducação diafragmática da porção posterior, com a mão do enfermeiro e na reeducação costal seletiva de ambos os hemitórax, na porção antero-inferior, com a utilização de soro 1000cc; - Foram fornecidos panfletos ao cliente; - Sinais vitais no final da sessão: TA: 132/92 mmHg FC: 95 bpm FR: 20 ciclos/min SpO2: 96%
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Dar ao cliente panfletos existentes no serviço sobre os exercícios a realizar; - Registrar em folha própria os dados da avaliação do cliente e da sessão implementada. 	
<p><u>Limpeza da via aérea comprometida, relacionada com infecção traqueobrônquica, manifestada por expetoração espessa e mucopurulenta e PCR 4,65.</u></p>	<p>-Manter a permeabilidade das vias aéreas.</p>	<p><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar e treinar a tosse dirigida; - Avaliar as características da expetoração; -Incentivar os movimentos respiratórios profundos, dando ênfase à fase expiratória; - Ensinar a técnica do Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR); - Incentivar o cliente a um aumento da ingestão hídrica; - Ensinar o cliente a avaliar as características da expetoração de forma a conseguir despistar prematuramente sinais de uma possível infecção; - Validar os ensinamentos realizados; - Registrar em folha própria os dados da avaliação do cliente e da sessão implementada. 	<p>13/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Á data, mantém uma tosse eficaz, no entanto, a expetoração é mucosa, fluida e em pequena quantidade; - Apreensão aparente dos ensinamentos realizados acerca dos movimentos respiratórios, tosse dirigida, CATR e avaliação das características da expetoração; - Aumentou a ingestão hídrica para cerca de 1,5l por dia.
<p><u>Dispneia funcional, relacionada com a agudização da DPOC, manifestada por</u></p>	<p>- Controlar o gasto de energia nas atividades de autocuidado;</p>	<p><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar as posições de descanso e alívio da dispneia, com expiração com os lábios 	<p>13/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - O cliente dava mais ênfase à fase expiratória, fazendo-o com os lábios semicerrados;

<p>pontuação 9 na escala de Borg e cansaço fácil a pequenos esforços.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar a força muscular e manter a amplitude articular.	<ul style="list-style-type: none">semicerrados, enfatizando a importância da fase expiratória;- Ensinar as técnicas de conservação de energia durante a realização das atividades de autocuidado;- Instruir sobre exercícios de fortalecimento muscular, dos membros superiores e inferiores;- Instruir o cliente da importância de realizar a inspiração em repouso e expiração durante o esforço;- Validar os ensinamentos realizados;- Registrar em folha própria os dados da avaliação do cliente e da sessão implementada.	<ul style="list-style-type: none">- Apreensão por parte do cliente, das técnicas de conservação de energia, dos exercícios de fortalecimento muscular e de realizar os movimentos respiratórios da forma correta.
--	---	--	---

Apêndice III- 2º plano de cuidados no contexto hospitalar



8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

2º Plano de Cuidados

Serviço de Pneumologia

Tânia Moreira, nº 5459

Enfermeira Orientadora, Ana Nabais

Professora Orientadora, Cristina Saraiva

Lisboa, Novembro de 2017

Colheita de dados

Data de admissão: 25/10/2017

Identificação do cliente: Sr. J.

Idade: 65 anos

Raça: leuco dérmico

Profissão: Empresário, atualmente reformado.

Estado Civil: Casado

Residência: Bairro Vila Morena, Torres Vedras

Agregado familiar: vive com a esposa, a D. Adelina.

Motivo de internamento: DPOC agudizada associada a insuficiência respiratória global e a infeção respiratória.

História da doença atual: durante uma viagem aérea de Barcelona para Lisboa, iniciou ainda no avião um quadro de dispneia e cianose, pelo que iniciou oxigenoterapia. Foi encaminhado para o hospital, tendo saturações na ordem dos 40%, ficando internado na UCIR, onde fez VNI contínua durante 4 dias, com total dependência da mesma. No dia 25/10 é transferido para o serviço de pneumologia, com indicação de VNI noturna, com parâmetros de IPAP= 20; EPAP= 6; Frequência respiratória = 18 ciclos/minuto, com aporte de oxigénio a 1 l/minuto.

História Progressa: O cliente tem antecedentes pessoais de DPOC (de predomínio enfisematoso), na avaliação do estadio segundo a GOLD o cliente é classificado no grupo D, sendo que já teve várias agudizações nos últimos anos. Foi fumador de aproximadamente 20 cigarros por dia, desde os seus 16 anos, tendo deixado de fumar há 8 anos. Teve um traumatismo vertebro medular (devido a queda ainda na infância) da qual resulta dor osteoarticular crónica e tem insuficiência venosa nos membros inferiores.

Condições habitacionais: reside numa vivenda, possui degraus.

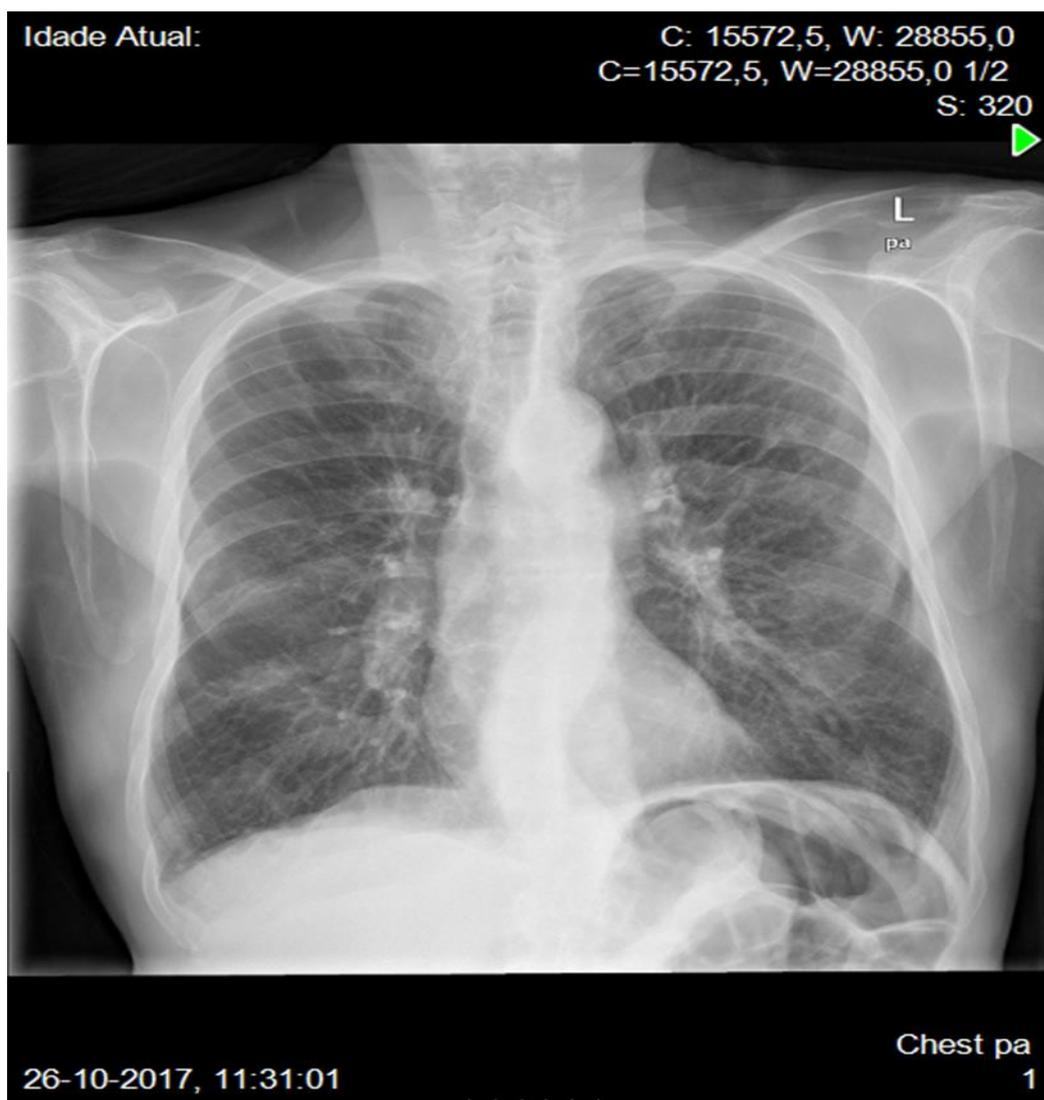
Medicação de Ambulatório: Palexia 150mg 1 x dia; Budesonida 160 microgramas+ Formoterol 4,5 microgramas (Symbicort) 2x dia; Spiriva Respimat 1x dia.

Medicação realizada no internamento: Acetilcisteína 600mg efervescente 1x dia; Brometo de Ipratrópio 8 puffs 6/6h; Budesonida 160 microgramas+ Formoterol 4,5 microgramas 8/8h; Palexia 150mg 1 x dia; Omeprazol 20mg 1x dia; Enoxaparina 40mg SC 1x dia; Quetiapina 25mg 1x dia; Aminofilina 225mg PO 12/12h; Clonazepam 1 mg 1x dia; Sene 12mg 1x dia; Paracetamol 1g PO SOS; Tramadol 100mg IV SOS; Metoclopramida 10mg IV SOS.

Exames complementares de diagnóstico:

26/10/2017

Radiografia do tórax: Incidência PA; hiperinsuflação pulmonar devido à horizontalização dos arcos costais; bolhas dispersas em ambos os campos pulmonares; zonas de hipotransparência dispersas e dissemelhantes (condensação/existência de secreções).



Análises laboratoriais: Hemoglobina 10,7; Hematócrito 41,3; Leucócitos 10,79; Plaquetas 510; PCR 1,58; Sódio 141; Potássio 5,2.

Gasometria Arterial: Ph: 7.41; PaO² 58,9; PaCO² 46,2; HCO₃: 25,0;

30/10/2016

Prova de marcha de 6 minutos – o cliente conseguiu deambular os 6 minutos, necessitando de uma pausa aos 2 minutos de aproximadamente 50 segundos para reverter as saturações que estavam a baixo dos 90%. Após a prova fica com um débito de oxigênio de 4l/min ao esforço e 1l/min em repouso.

Avaliação de enfermagem de reabilitação a 26/10/2017

Uma vez que, a teórica que norteia o projeto de estágio que desenvolvi é Dorothea Orem, será também neste modelo teórico que me basearei para a construção do presente plano de cuidados.

O Sr. J. encontra-se consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Após esclarecimentos sobre a RFR, apresenta-se colaborante e motivado para a mesma. Independente nas atividades de autocuidado.

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresenta ligeiro edema e rubor de ambos os pés, devido á insuficiência venosa, porém, sem alterações na marcha.

Sinais Vitais:

TA:138/90 mmHg;

FC: 82 bpm, com pulso rítmico e cheio;

FR: 18 ciclos/minuto, apresenta respiração superficial, de predomínio torácico, simétrica e regular. Apresenta SpO₂ na ordem dos 93% com aporte de O₂ a 1l/min por óculos nasais.

Apirético.

Dor: 0 (escala numérica)

Escala de Borg Modificada: 4.

COPD *Assesment Test* –CAT = 20 e *Peak Flow Meter*= 160 l/min.

Apresenta dispneia a pequenos esforços, pontuação 3 no questionário da dispneia. Apresenta tosse eficaz, com saída de expectoração fluida e esbranquiçada. Fazia inaloterapia no domicílio, sendo autónomo na mesma, no entanto, com alguns erros na técnica que se descrevem no plano de cuidados.

Exame objetivo do tórax

Inspeção:

O cliente apresenta respiração superficial com ritmo regular, padrão respiratório torácico.

Auscultação:

Murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores de ambos os campos pulmonares e auscultam-se ruídos adventícios, nomeadamente, sibilos nos 1/3 superiores também de ambos os campos pulmonares.

Teoria do Autocuidado

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento

O cliente vive com a esposa numa vivenda, o filho reside em Barcelona. Refere que devido à sua DPOC, tem já limitações nas atividades de autocuidado, devido a dispneia a pequenos esforços. Aplicando o questionário da dispneia relativamente ao período antes do internamento, o cliente refere que é o nível 2.

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde

O cliente é avaliado segundo a GOLD no estadio D da DPOC, tendo sido internado por uma agudização grave da mesma. Quando deu entrada no serviço de pneumologia apresenta tosse eficaz com expectoração esbranquiçada e fluida em moderada quantidade. Apresenta dispneia a pequenos esforços, pontuação 3 no questionário da dispneia. Faz VNI noturna, com parâmetros de IPAP= 20; EPAP= 6; Frequência respiratória = 18 ciclos/minuto, com oxigénio a 1 l/minuto, mantendo este aporte de O₂ durante o dia.

No internamento através da aplicação do questionário COPD Assessement Test –CAT obteve um score de 20, ou seja, a DPOC tem um impacto médio na sua vida.

Avaliação dos requisitos universais de autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado
Manutenção de uma quantidade suficiente de ar.	Dispneia a médios esforços (grau 2 no questionário da dispneia).	Mantém a dispneia a pequenos esforços, no entanto, aplicando o questionário da dispneia, este aumenta para 5. O cliente ostenta respiração superficial com ritmo regular, padrão respiratório torácico. Apresenta SpO ₂ na ordem dos 93% com aporte de O ₂ a 1l/min por óculos nasais. Faz VNI noturna, com parâmetros de IPAP= 20; EPAP= 6; Frequência respiratória = 18 ciclos/min, com oxigênio a 1 l/minuto Escala de Borg Modificada: 4.
Manutenção de uma ingestão suficiente de água.	O cliente refere que ingere por dia, cerca de 0,5l de água aproximadamente.	O cliente refere que ingere aproximadamente a mesma quantidade de água, comparativamente ao domicílio.
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos.	O cliente refere que faz cerca de cinco refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia). Sem alterações do apetite.	O cliente faz o mesmo número de refeições.
Manutenção de um padrão de eliminação adequado.	Eliminação vesical sem alterações. Refere que evacua 2 a 3 vezes por semana.	Eliminação vesical sem alterações, urina no WC. Refere evacuar de 2/2 dias, tem sene prescrito diariamente, evacua no WC. É independente na ida ao WC.

Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso.	Limitação da atividade devido à dispneia a pequenos esforços. Refere que algumas noites acorda devido á tosse.	Limitação da atividade por dispneia a pequenos esforços. Sem alterações do sono, uma vez que no internamento faz medicação para dormir.
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social.	Sem limitação na interação social. Apesar da dispneia que apresenta, ainda conduz e sai de casa com alguma regularidade, nomeadamente para ir ao café.	Sem alterações em termos de interação social, durante o internamento. Recebe visitas.
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano.	Sem alterações.	O cliente afirma ter cessado a atividade tabágica, há 8 anos
Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, e as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.	.O cliente afirma que não tem limitações na interação social.	Aplicando o CAT (COPD Assessement Test), que permite mensurar o impacto que a DPOC tem na vida da pessoa, obteve-se uma pontuação de 20, ou seja, a DPOC tem um impacto médio na vida do cliente.

Resumo dos problemas identificados

- ✓ Compromisso das trocas gasosas, relacionado com insuficiência respiratória global manifestada por hipoxémia ($\text{PaO}_2=58,9$), hipercápnia ($\text{PaCO}_2= 46,2$) e dispneia (Escala de Borg Modificada: 4);
- ✓ Intolerância à atividade, relacionada com a DPOC, manifestada por dispneia (escala de Borg modificada 4) a pequenos esforços (questionário da dispneia 3);
- ✓ Limpeza da via aérea comprometida, relacionada com infecção respiratória, manifestada por expetoração fluida e esbranquiçada e PCR =1,58;
- ✓ Défice de conhecimento, manifestado por falta de conhecimentos sobre VNI, OLD e inaloterapia, relacionado com o facto de ser a primeira vez que o cliente tem a prescrição de VNI e OLD para o domicílio.

De referir que a cada sessão de RFR, realizei as seguintes intervenções:

- Consultar o processo clínico;
- Observar a Radiografia de tórax;
- Consultar os resultados laboratoriais e da gasometria arterial;
- Promover um ambiente calmo;
- Auscultar o tórax antes e após a realização da sessão;
- Avaliar a dispneia através da utilização da escala de Borg Modificada, antes e depois da sessão;
- Avaliar e registar, antes e depois da sessão:
 - Sinais vitais;
 - Padrão respiratório;
 - Sinais de dificuldade respiratória.

O cliente apresentou sempre sinais vitais estáveis antes e após a sessão com aporte de O_2 a 1l/min por óculos nasais, o padrão respiratório também não se alterou, pelo que os mesmos não vão ser colocados no plano de cuidados.

Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Sistemas de Enfermagem Intervenções de enfermagem	Avaliação
<p><u>Compromisso das trocas gasosas, relacionado com insuficiência respiratória global manifestada por hipoxemia (PaO²=58,9), hipercápnia (PaCO²= 46,2) e dispneia (Escala de Borg Modificada: 4).</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aliviar os sintomas de dispneia; - Melhorar a ventilação, corrigindo os seus defeitos; -Fortalecer a musculatura expiratória. 	<p><u>Sistema Parcialmente Compensatório</u> <u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Planejar o programa de RFR com o cliente, explicando os objetivos de cada exercício, adquirindo a sua colaboração; -Ensinar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; - Ensinar a respiração diafragmática; - Ensinar as posições de descanso, com expiração com os lábios semicerrados, dando ênfase à importância desta fase da respiração; - Realizar exercícios de reeducação diafragmática (inicialmente sem resistência, que deve ser introduzida gradualmente em função da tolerância do cliente): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reeducação diafragmática da porção posterior; ➤ Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda. 	<p>26/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Borg Modificada: 4; - À auscultação verifica-se murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores de ambos os campos pulmonares e auscultam-se ruídos adventícios, nomeadamente, sibilos nos 1/3 superiores também de ambos os campos pulmonares; - O cliente foi incentivado a adotar uma posição de descanso e relaxamento, com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, realizando respiração diafragmática com expiração prolongada com os lábios semicerrados; - Iniciou exercícios de reeducação diafragmática da porção posterior e das hemicúpulas, reeducação costal global com bastão (10x cada), com tolerância; - O cliente necessitou de correções na dissociação dos tempos respiratórios, respiração diagramática e na reeducação costal global com bastão;

		<p>- Realizar exercícios de reeducação costal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reeducação costal global com bastão; ➤ Reeducação costal inferior; ➤ Abertura costal seletiva direita e esquerda; <p>- Iniciar os exercícios com um total de 10 séries, com aumento progressivo ao longo das sessões, sempre em função da tolerância do cliente;</p> <p>- Realizar inspirómetro de incentivo invertido, instruindo o cliente a fazer 5 repetições, descansar e fazer novamente 5 repetições, pedindo para fazer o mesmo antes da hora de jantar;</p> <p>- Dar feedback ao cliente sobre os exercícios e corrigir quando necessário;</p> <p>- Monitorizar as saturações de oxigénio, garantindo o aporte do mesmo;</p> <p>- Dar ao cliente panfletos existentes no serviço sobre os exercícios a realizar;</p>	<p>-Realizou 5 repetições do inspirómetro de incentivo invertido.</p> <p>30/10/2017</p> <p>- O cliente realiza todos os exercícios de reeducação diafragmática e costal propostos nas intervenções, sem necessidade de correções. Porém, não foi introduzida qualquer resistência, nem se aumentaram o número de repetições pela não tolerância do cliente, uma vez que aumentava a sua dispneia.</p> <p>- Realiza inspirómetro de incentivo invertido 5 vezes, descansa e realiza mais 5 vezes;</p> <p>- À auscultação verifica-se murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores de ambos os campos pulmonares e sem ruídos adventícios.</p> <p>31/10/2017</p> <p>-Fornecido panfleto sobre os exercícios a realizar e foi incentivado a continuar os mesmos no domicílio;</p> <p>- Escala de Borg Modificada:2.</p>
--	--	--	---

		- Registrar em folha própria os dados da avaliação do cliente e da sessão implementada.	
<u>Intolerância à atividade, relacionada com a DPOC, manifestada por dispneia (escala de Borg modificada 4) a pequenos esforços (questionário da dispneia 3).</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o gasto de energia utilizado na execução de atividades de autocuidado; - Manter a mobilidade articular; - Manter a força muscular; - Prevenir complicações relacionadas com a imobilidade. 	<p><u>Sistema Parcialmente Compensatório</u> <u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a força muscular, utilizando a escala MRC (Medical Research Council); - Instruir sobre as posições de descanso e alívio da dispneia e expiração com os lábios semicerrados, enfatizando a importância da fase expiratória; - Instruir o cliente sobre a importância de inspirar em repouso e expirar durante o esforço; - Implementar exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores; - Ensinar as técnicas de conservação de energia durante a realização das atividades de autocuidado; 	<p>26/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - O cliente permanece grande parte do turno no cadeirão, no entanto, desloca-se ao WC de forma independente, sem aumento da dispneia; - Aplicado o questionário da dispneia, tendo pontuação de 3; <p>30/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizado ensino de técnicas de conservação de energia: <ul style="list-style-type: none"> <u>Banho:</u> preparar todo o material necessário e colocar num local acessível, colocar um banco na banheira para se sentar, utilizar barras de apoio, utilizar uma escova de cabo comprido para lavar as costas e os pés e secar-se sentado; <u>Fazer a barba:</u> reunir todo o material necessário em cima do

		<ul style="list-style-type: none">- Validar os ensinios realizados;- Dar ao cliente panfletos existentes no serviço sobre os exercícios a realizar;- Registrar em folha própria os dados da avaliação do cliente e da sessão implementada.	<p>lavatório, apoiar os cotovelos em cima do mesmo, deve estar sentado e com um espelho fixo à sua altura;</p> <p><u>Deambular:</u> inspirar e dar alguns passos enquanto expira lentamente, para transportar simultaneamente objetos deve apoia-los com as duas mãos e colocá-los próximos ao corpo;</p> <ul style="list-style-type: none">- Reforçou-se que o cliente deve planejar as suas atividades, por forma a que as mais cansativas fiquem dispersas pelos vários dias da semana, tendo períodos de repouso antes e após a realização das mesmas;- Avaliou-se a força muscular, tendo 5 nas articulações escapulo-umeral, cotovelo, punho e dedos do membro superior e 5 nas articulações coxofemoral, joelho, tibiotársica e dedos do membro inferior;- Feitos exercícios de fortalecimento muscular: <u>Membros superiores-</u> Flexão/ extensão da articulação escapulo-umeral com peso de 0,5kg, realizando 5 repetições;
--	--	--	--

			<p><u>Membros inferiores</u>- Na posição de sentado fazer flexão/ extensão do joelho, com 5 repetições; em pé, fazer flexão/ extensão das articulações coxofemoral e do joelho, 5 repetições.</p> <p>31/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecido panfleto ao cliente; - Foram validados os ensinamentos sobre as técnicas de conservação de energia e os exercícios de fortalecimento muscular, que o cliente soube recriar.
<p>Déficé de Conhecimento, manifestado por falta de conhecimentos sobre VNI, OLD e inaloterapia, relacionado com o facto de ser a primeira vez que o cliente tem a prescrição de VNI e OLD para o domicilio.</p>	<p>- Promover a adesão à VNI, à OLD e à inaloterapia.</p>	<p><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os conhecimentos do cliente acerca da VNI, da OLD e da inaloterapia; - Explicar os benefícios da VNI e da OLD na DPOC; - Avaliar a técnica inalatória que o cliente pratica; - Alterar a técnica inalatória que o cliente pratica, se necessário; - Explicar os benefícios de uma correta técnica inalatória; - Escutar as dificuldades, dúvidas e medos sentidos pelo cliente; 	<p>26/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - É verificada a técnica inalatória, sendo que o cliente comete os seguintes erros: não efetua uma expiração lenta antes da inalação, não faz a pausa inspiratória depois da inalação e não aguarda pelo menos 30 segundos para efetuar o próximo inalador; foram efetuadas as correções fazendo os devidos ensinamentos. <p>30/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - O cliente liga o BIPAP e a fonte de O₂ e coloca a máscara, ficando esta

		<ul style="list-style-type: none">- Realizar ensinios sobre técnica de adaptação de VNI ao cliente e manutenção de todo o equipamento;- Realizar ensinios sobre a OLD e sua manutenção.- Fornecer panfletos;- Validar os ensinios realizados;- Registrar em folha própria os dados da avaliação do cliente e da sessão implementada.	<p>bem adaptada, sabendo que tem de o fazer no período noturno;</p> <p>31/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none">- Feitos ensinios sobre a bala portátil que o cliente usará para sair de casa; feita demonstração de como se enche a bala do estacionário; os débitos de oxigénio, sendo 1l/min em repouso e 4l/min no esforço; os cuidados a ter com as fontes de calor; cuidados a ter com os hidratantes labiais; informado que se quiser viajar novamente de avião tem de marcar a consulta do viajante.- Avaliada novamente a técnica inalatória, sendo que foi efetuada corretamente.- Fornecidos panfletos sobre a VNI, a OLD e a inaloterapia. <p>Avaliou-se novamente o COPD <i>Assesment Test</i> –CAT, com uma pontuação de 15, havendo assim melhoria em relação à primeira avaliação.</p>
--	--	--	---

Apêndice IV- Folheto sobre o inalador Respimat®

Atenção:

- Se o inalador estiver 7 dias sem ser utilizado, carregue novamente no botão de aplicação da dose 4 ou 5 vezes até sair a "nuvem";
- Higienize a boca após as inalações;
- Fique atento ao número de doses, quando a seta vermelha estiver próxima do 0, significa que estão a acabar.



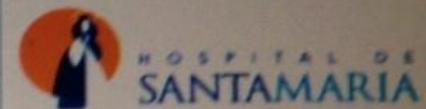
É importante que:

- Leia atentamente as instruções;
- Se tiver dúvidas, contacte o serviço ou consulte o seu enfermeiro de família;
- Leve o seu Respimat sempre que for a uma consulta.

Centro Hospitalar Lisboa Norte,
EPE
Hospital de Santa Maria
Serviço de pneumologia- Internamento Geral
(8º piso- elevador 14)

Trabalho elaborado por :
Tânia Moreira (AEER), 8º Curso
de Mestrado em Enfermagem de
Reabilitação

Enfermeira Orientadora:
Enfª Ana Nabais, Especialista em
Enfermagem de Reabilitação



Serviço de Pneumologia



Inalador
Respimat
Como utilizar

O que é?

O Respimat é um inalador de névoa suave. Este permite a administração do medicamento diretamente na via aérea.

Vantagens

- Permite que o medicamento tenha uma ação mais rápida e mais eficaz;
- Utiliza pouca quantidade de medicamento em cada utilização;
- Tem menos efeitos secundários.



Na primeira utilização:

- Retire a tampa transparente e insira o cartucho, com a extremidade mais estreita para o interior do inalador até ouvir um clique;
- Coloque a tampa novamente e com o inalador direcionado para baixo carregue no botão de aplicação da dose, 4 ou 5 vezes até sair uma "nuvem", isto não irá reduzir o número de doses disponíveis;



Como utilizar:

- Segure o inalador na posição vertical com a tampa de proteção fechada e rode a base transparente na direção das setas até ouvir um clique (dar meia volta);
- Expire lenta e profundamente;
- Sele os lábios no bucal do Respimat;
- Comece a inspirar lentamente e carregue no botão para libertar a dose, continuando a inspirar profundamente, o máximo que conseguir;
- Sustenha a respiração por 10 segundos;
- Expire lentamente;
- Se tiver mais do que uma inalação, aguarde entre 30 a 60 segundos para realizar a próxima;

Apêndice V- Jornal de Aprendizagem realizado na ECCI



8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

1º Jornal de Aprendizagem

ECCI

Tânia Moreira, nº 5459

Enfermeira Orientadora, Clárisse Melo

Professora Orientadora, Cristina Saraiva

Lisboa, Dezembro de 2017

Após este período de estágio e integração na Unidade de Cuidados Continuados (UCC), julgo que o mesmo me virá a ser muito útil enquanto futura EEER. Isto porque, é um estágio com um contexto muito diferente do estágio anterior e também, muito diferente do meu local de trabalho.

Assim, julgo que irá ser promotor da minha aprendizagem, porque sendo um estágio realizado na comunidade irá permitir-me prestar cuidados de reabilitação a clientes com variadas patologias. Desta forma, espero vir a desenvolver as competências que não foram tão desenvolvidas no anterior estágio, nomeadamente as que são relacionadas com o foro neurológico e motor.

Apesar de considerar que a minha integração na equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) ainda não estar completa, penso que já consegui interiorizar de uma forma geral, o funcionamento da ECCI, para isso contribuiu a integração e orientação da OC, a Enf^a Clarisse e da restante equipa.

No que concerne os registos de enfermagem, estes são realizados no Sclenic e no aplicativo da RNCCI, o GestcareCCI. Penso que os registos poderão constituir uma das dificuldades que terei, uma vez que, não estou familiarizada com nenhum dos dois sistemas, porém, julgo que ao longo do estágio irei ultrapassar esta dificuldade.

Logo, por constituir uma realidade tão díspar daquilo que até então eu conhecia, senti a necessidade de pesquisar sobre a ECCI.

Assim, no âmbito da implementação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) compete à UCC constituir a ECCI prevista no Decreto – Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

Desta forma, o agrupamento de centros de saúde participa através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), integrando a equipa coordenadora local.

A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social 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).

A entrada para a ECCI realiza-se através de proposta das equipas prestadoras de cuidados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

De acordo com o Artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 a ECCI assegura:(1) cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais ser programadas, regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa; (2) cuidados de fisioterapia; (3) apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; (4) educação para a saúde aos clientes, familiares e cuidadores;(5) apoio na satisfação das necessidades básicas;(6) apoio no desempenho das atividades da vida diária;(7) apoio nas atividades instrumentais da vida diária;(8) coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;(9) produção e tratamento de informação por forma a garantir a organização de indicadores de avaliação.

A área de abrangência da ECCI, são as freguesias de Algés, Carnaxide, Queijas, Cruz-Quebrada/Dafundo e Linda-a- Velha. Esta insere-se no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

Atualmente, a mesma é constituída por 4 enfermeiros, dos quais, 3 são EEER, tendo um total de 25 vagas, sendo que cada cliente é acompanhado por um enfermeiro gestor de caso. Têm também apoio de assistente social e psicóloga.

Com o intuito de uma melhor monitorização e avaliação das intervenções é necessário a elaboração de um Plano Individual de Intervenção, que deverá evidenciar os objetivos a alcançar no cliente e as tarefas e responsabilidades de cada profissional. Assim, considera-se conveniente a designação de um gestor de caso, que deverá ser o profissional que melhor responde às necessidades do cliente (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

Enquanto equipa domiciliária da RNCCI, a mesma preconiza uma mudança na prestação de cuidados, situando os clientes, as famílias e as suas necessidades de cuidados no centro do atendimento. Esta nova visão implica o envolvimento de cada um dos intervenientes no processo, tais como, profissionais, cliente, família ou cuidador, pelo que os sistemas e mecanismos de articulação e coordenação constituem uma das chaves do processo de avaliação e prestação de cuidados integrais e integrados (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

Julgo que o papel do EEER no âmbito comunitário é deveras importante, uma vez que irá ter um papel ativo na avaliação do cliente e do seu cuidador e, conseqüentemente, nos cuidados de reabilitação a prestar tendo em conta as necessidades identificadas. Assim, evitará o internamento ou reinternamento desses clientes, e também, contribuirá para aumentar a sua autonomia, independência e qualidade de vida, adaptando o domicilio à capacidade funcional do cliente.

Todas as unidades e equipas domiciliárias da RNCCI, devem estar dotadas de EEER, uma vez que se dirigem essencialmente à recuperação e à adaptação ou conservação funcional do cliente e ao treino do prestador de cuidados, da qual resultam ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Assim, ao nível dos cuidados continuados integrados e de acordo com a sua área de competências, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração da capacidade funcional do cliente e /ou alteração do estilo de vida resultante de deficiência/incapacidade ou doença crónica. Compete-lhe ainda tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações/incapacidades, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

De acordo com a mesma fonte, ao EEER compete também, identificar barreiras arquitetónicas para o cidadão com necessidades especiais a nível sensório-motor e elaborar propostas de eliminação das mesmas; prestar cuidados no âmbito da enfermagem de reabilitação a clientes com necessidades especiais no domicílio e/ou instituições de apoio social; promover a máxima independência nas AVD e da qualidade de vida do cliente com deficiência/e ou necessidades especiais, no sentido da sua capacitação e *empowerment*, quer do cliente, quer dos cuidadores; criar e gerir bolsas de produtos de apoio, envolvendo os recursos da comunidade.

Ainda relacionado com o funcionamento da ECCI, aquando da entrada de um novo cliente, terá de ser realizada a primeira visita domiciliária. Esta tem por objetivos, a avaliação do cliente pela equipa da ECCI, conhecer o cuidador informal, recolher informações sobre o cliente/família e elaborar um Plano Individual de Intervenção por forma a responder às necessidades do cliente/família.

Já tive a oportunidade de realizar uma primeira visita, no entanto, a cliente não reunia os critérios para ingressar na ECCI, assim, espero vir a ter ao longo do estágio

a oportunidade de realizar uma primeira visita, fazer toda a recolha de dados e elaborar o Plano Individual de Intervenção.

Como critérios para ingressar na ECCL, o cliente terá de estar numa situação de dependência que, independentemente da sua causa ou da idade, se encontre acamada a maior parte do tempo e que dependa de terceiros para a realização das AVD, ou que, por doença apresente marcada impossibilidade de se deslocar de forma autónoma para fora do domicílio. Assim como, e necessidade formativa ou de suporte psicológico dos familiares ou cuidadores, prestado no domicílio do cliente (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

Bibliografia:

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

Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Referencial do Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). A Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde. Lisboa.

Disponível em : <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20consti.pdf>

Apêndice VI- 1º Plano de cuidados no contexto comunitário



8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

1º Plano de Cuidados

ECCI

Tânia Moreira, nº 5459

Enfermeira Orientadora, Clarisse Melo

Professora Orientadora, Cristina Saraiva

Lisboa, Dezembro de 2017

Colheita de dados

Data de admissão: 20/11/2017

Identificação do cliente: Sr. M. F.

Idade: 81 anos

Raça: Leuco dérmico.

Profissão: Trabalhador dos correios, encontra-se reformado.

Estado Civil: Casado

Residência: Linda-a-Velha

Agregado familiar: vive com a esposa, a D. H. Tem duas filhas.

Motivo de referência para ECCL: o Srº M. foi referenciado pelo Centro de Saúde de Linda-a-Velha, por diminuição da força muscular e da amplitude articular ao nível dos membros inferiores, nomeadamente o esquerdo, da qual resulta alterações na marcha e limitação para o autocuidado. Foi efetuada a primeira visita domiciliária a 20/11/2017.

História da doença atual: foi submetido de urgência no dia 22/08/2017 a laparotomia mediana e enterectomia segmentar por oclusão intestinal com necrose jejuno-ileal por brida e isquémia mesentérica. O internamento foi no Hospital de Aveiro onde se encontrava de férias. Teve um pós-operatório com algumas complicações, nomeadamente pneumonia à direita e ao 16º dia foi novamente operado por evisceração. Cumpriu reeducação funcional respiratória e motora no período de internamento.

Teve alta no dia 14/9/17.

O cliente refere que durante o internamento não fez levantes, apenas aquando da alta, tendo tido um grande período de imobilidade, da qual resultou diminuição da força muscular dos membros superiores e inferiores e diminuição da amplitude articular.

Foi observado por Neurologia, que descreve um compromisso da força muscular nos membros inferiores e pé esquerdo pendente. Descreve também, que o quadro clínico é enquadrável em pós-operatório prolongado com atrofia da massa muscular nos membros inferiores e paresia do nervo periférico.

Devido a uma queda no domicílio, a 6/10/17 resulta fratura do carpo à direita, com tratamento conservador.

História Progressiva: o cliente apresenta antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, diverticulose cólica, litíase renal, fibrilação auricular, hérnia discal L4-L5, colecistectomia, foi submetido a cirurgia por hérnia do hiato em 2002 e cirurgia à próstata em 2007. Desconhece alergias.

Condições habitacionais: reside num apartamento, com elevador. O mesmo apresenta boas condições habitacionais e sem barreiras que potenciem o risco de queda. A casa de banho tem polibã e barra de apoio.

Medicação de Ambulatório: Omeprazol 1x dia; Apixabano 5mg 12/12h; Bisoprolol 2.5mg 1x dia; Amiodarona 200 mg 1x dia; Sinvastatina 1x dia; Tansulosina 0.4 mg 1x dia; Amlodipina 5 mg ½ cp 1x dia; Furosemida 20mg 1x dia, em dias alternados.

Avaliação de enfermagem de reabilitação a 04/12/2017

Uma vez que, a teórica que norteia o projeto de estágio que desenvolvi é Dorothea Orem, será também neste modelo teórico que me basearei para a construção do presente plano de cuidados.

O Sr. M. encontra-se consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Colaborante e motivado para a reabilitação.

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Ostenta ligeiro edema de ambos os pés. Refere parestesias a nível do pé esquerdo.

O cliente anda com auxílio de bengala. Apresenta pé equino à esquerda, tendo a amplitude articular dos dedos de ambos os pés e da tibiotársica esquerda muito reduzida, pelo que durante a marcha, o cliente necessita de fazer maior flexão da articulação coxofemoral, para compensar o pé pendente. Os movimentos são lentos, mas coordenados.

Apesar da fratura do carpo à direita, mantém a amplitude articular.

Foi avaliado o risco de queda, através da escala de Morse, tendo um score de 65, pelo que apresenta alto risco de queda.

Sinais Vitais:

TA:111/66 mmHg;

FC: 64 bpm, com pulso rítmico e cheio;

FR: 18 ciclos/minuto;

Eupneico, com saturações de O₂ na ordem dos 95%;

Apirético;

Dor: 2 (escala numérica), ao nível do pé esquerdo, porém, sem necessidade de analgesia de SOS.

Avaliou-se a força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, sendo utilizada a escala *Medical Research Council*:

- Membros superiores com força 5/5, em todos os movimentos dos segmentos corporais;
- Membro inferior direito com força 4/5 em todos os movimentos dos segmentos corporais, exceto nos movimentos dos dedos do pé em que apresenta força 3/5;
- Membro inferior esquerdo com força 4/5 em todos os movimentos dos segmentos corporais, exceto nos movimentos dos dedos dos pés e tibiotársica, em que apresenta força 3/5;

Avaliação do índice de Barthel: apresenta pontuação de 70, ou seja, dependência ligeira para a realização das AVD.

Avaliação da escala de Braden: 19, o cliente apresenta baixo risco de desenvolver úlceras por pressão.

Teoria do Autocuidado

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento

O cliente vive com a esposa num apartamento, sendo que tem duas filhas que o visitam regularmente. Após o internamento hospitalar e devido às alterações na marcha sai de casa poucas vezes, sendo quase sempre para ir às consultas. Apresenta limitações para o autocuidado, nomeadamente para a sua higiene e para

vestir a parte de baixo e para se calçar, nas quais é ajudado pela esposa. Todavia, o Srº M. antes do internamento era totalmente independente.

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde

O cliente apresenta diminuição da força muscular e da amplitude articular ao nível dos membros inferiores, devido à imobilidade prolongada durante o internamento, o mesmo levou a alterações na marcha, pelo que usa um auxiliar de marcha e levou também a um défice de autocuidado.

Avaliação dos requisitos universais de autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado
Manutenção de uma quantidade suficiente de ar.	Eupneico. FR: 18 ciclos/minuto, com saturações de O ₂ na ordem dos 95%.	Sem alterações do padrão habitual.
Manutenção de uma ingestão suficiente de água.	O cliente refere que ingere por dia, cerca de 1l de água aproximadamente.	Sem alterações do padrão habitual.
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos.	O cliente refere que faz cerca de cinco refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia). Sem alterações do apetite.	Sem alterações do padrão habitual.
Manutenção de um padrão de eliminação adequado.	Eliminação vesical sem alterações. Refere que evacua 2 a 3 vezes por semana.	Eliminação vesical sem alterações, encontra-se a tomar tansulosina. Refere evacuar de 2/2 dias. É independente na ida ao WC.
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso.	Sem limitações na atividade. Sem alterações no sono.	Apresenta limitação da atividade, por dificuldade na marcha, que realiza com auxiliar de marcha (bengala). Apenas sai de casa para ir às consultas. Sem alterações do sono.
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social.	Sem limitação na interação social.	Limitação na interação social por dificuldade na marcha, saindo de casa esporadicamente.

Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano.

Sem alterações.

Foi avaliado o risco de queda, através da escala de Morse, tendo um score de 85, pelo que apresenta alto risco de queda. Foi também avaliado o risco de desenvolver úlcera por pressão e utilizando a escala de Braden apresenta um score de 20, pelo que tem baixo risco.

Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, e as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.

Sem limitações na interação social.

O cliente tinha uma autocaravana, pelo que ia regularmente de férias com a esposa e fazia ele próprio a manutenção do veículo. Encontrava-se de férias aquando do internamento.

A dificuldade que apresenta na marcha, faz com que raramente saia de casa, o que interfere com a interação social, sendo a mesma mantida apenas com a família mais próxima.

Resumo dos problemas identificados

- ✓ Mobilidade comprometida, relacionada com diminuição da força muscular e da amplitude articular, manifestado por alterações no padrão da marcha;
- ✓ Défice no autocuidado, relacionado com diminuição da força muscular dos membros inferiores, manifestado por incapacidade em realizar os cuidados de higiene e conforto e vestir a parte de baixo, de forma independente;
- ✓ Risco de queda, relacionado com diminuição da força nos membros inferiores, manifestado por equilíbrio dinâmico em pé instável.

De referir que a cada sessão, realizei as seguintes intervenções:

- Consultar o processo clínico;
- Promover um ambiente calmo;
- Estabelecer uma relação de ajuda com o Srº M. para que expresse os seus sentimentos, nomeadamente em relação às suas limitações;
- Esclarecer o cliente de todos os procedimentos a realizar, as suas vantagens e objetivos, pedindo a sua colaboração;
- Colocar o cliente numa posição relaxada, promovendo o alinhamento corporal e libertando as articulações a mobilizar de roupa que inviabilize a realização de toda a amplitude do movimento;
- Avaliar e registar sinais vitais, antes e depois da sessão;
- Dar reforço positivo ao cliente e esclarecer dúvidas;
- No final de cada sessão, foram efetuados os devidos registos.

O cliente apresentou sempre sinais vitais estáveis antes e após a sessão, pelo que os mesmos não vão ser colocados no plano de cuidados. O Srº M. refere dor 2 na escala numérica da dor, ao nível do pé esquerdo, no entanto, o mesmo não foi impeditivo da realização dos exercícios.

Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Sistemas de Enfermagem Intervenções de enfermagem	Avaliação
<p>1-Mobilidade comprometida, relacionada com diminuição da força muscular e da amplitude articular, manifestado por alterações no padrão da marcha.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir complicações relacionadas com a imobilidade, nomeadamente as cutâneas e as músculo-esqueléticas; -Melhorar/manter a força muscular dos membros superiores e inferiores; - Melhorar o padrão de marcha; - Manter e/ou melhorar a amplitude dos movimentos. 	<p><u>Sistema Parcialmente Compensatório</u> <u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, utilizando a escala de Braden; - Avaliar a força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala <i>Medical Research Council</i>; -Ensinar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, instruindo o cliente sobre a importância de inspirar em repouso e expirar durante o esforço; -Realizar mobilizações ativas assistidas (atentando à dor do cliente e à amplitude articular): <ul style="list-style-type: none"> o <u>Dedos dos pés</u>: flexão/extensão e adução/abdução; o <u>Tibiotársica</u>: dorsiflexão/flexão plantar e inversão/eversão (dando ênfase à articulação tibiotársica esquerda); 	<p>15/12/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Braden: 20, baixo risco de desenvolver úlceras por pressão; - Avaliada a força muscular através da <i>Medical Research Council</i>: <ul style="list-style-type: none"> o Membros superiores com força 5/5, em todos os movimentos dos segmentos corporais; o Membro inferior direito com força 5/5 em todos os movimentos dos segmentos corporais, exceto nos movimentos dos dedos do pé em que apresenta força 3/5; o Membro inferior esquerdo com força 4/5 em todos os movimentos dos segmentos corporais, exceto nos movimentos dos dedos dos pés e tibiotársica, em que apresenta força 3/5; - Realizado ensino sobre a consciencialização e dissociação dos

		<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Joelho</u>: flexão/extensão; ○ <u>Coxofemoral</u>: flexão/extensão, adução/abdução e rotação externa/interna; <p>-Realizar mobilizações ativas livres (atentando à dor do cliente e à amplitude articular):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Pescoço</u>: flexão /extensão, inclinação lateral e rotação; ○ <u>Dedos da mão</u>: flexão/extensão, adução/abdução e oponência do polegar; ○ <u>Punho</u>: flexão/extensão e desvio radial/desvio cubital; ○ <u>Antebraço</u>: pronação/supinação; ○ <u>Cotovelo</u>: flexão/extensão; ○ <u>Escapulo-Umeral</u>: Flexão/extensão, elevação/depressão, adução/abdução e rotação interna/externa; <p>- Progredir para mobilizações ativas resistidas dos membros superiores e inferiores;</p>	<p>tempos respiratórios, que o cliente apreendeu, uma vez que conseguiu dissociá-los, no entanto, durante a realização dos exercícios necessitou de reforço para conjugar a respiração com o exercício;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foram realizadas mobilizações ativas assistidas das articulações descritas, num total de 20 repetições; - Foram realizadas mobilizações ativas livres das articulações descritas; - Progrediu-se para mobilizações ativas resistidas dos membros superiores e inferiores, porém, o cliente não conseguiu vencer a resistência fornecida pelo EEER; - Foi realizada a ponte, todavia, com necessidade de exercer carga ao nível dos pés, para que os membros inferiores permaneçam em flexão; - Realizado treino de marcha em plano horizontal, utilizando a bengala, do quarto até à sala e novamente até ao quarto, sendo que o cliente
--	--	--	--

		<p>-Realizar atividades terapêuticas (ponte);</p> <p>- Realizar treino de marcha;</p> <p>-Realizar exercícios de treino de equilíbrio dinâmico em pé, com apoio numa cadeira (estes exercícios ajudam no fortalecimento muscular, pelo que também vão ajudar na resolução do diagnóstico 1):</p> <ul style="list-style-type: none">○ Flexão plantar;○ Flexão da articulação coxofemoral;○ Abdução da articulação coxofemoral;○ Flexão/ extensão das articulações coxofemoral e do joelho. <p>- Realizar ensinios sobre os exercícios, incentivando o cliente a realiza-los frequentemente.</p>	<p>mantém o pé esquerdo pendente, apresentou equilíbrio dinâmico mantido;</p> <p>- Foi realizado treino de escadas, com o uso da bengala, o cliente subiu até ao andar de cima e desceu apenas com supervisão. Foi feito reforço do ensino sobre a importância de na subida, primeiro subir o membro inferior direito e logo depois a bengala e na descida, primeiro a bengala e logo depois o membro inferior esquerdo;</p> <p>- Foi feito reforço dos ensinios sobre o uso da bengala, nomeadamente do uso da mesma no lado direito, devendo estar próxima ao corpo para manter a estabilidade, que o cliente cumpre;</p> <p>- Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio dinâmico em pé, num total de 20 repetições cada um, com o cliente apoiado numa cadeira;</p> <p>- Foram realizados ensinios sobre os exercícios que o cliente consegue realizar sem ajuda, sendo que os</p>
--	--	---	---

			executa nos dias em que não tem visita do EEER.
<p><u>2-Défi</u>ce <u>no</u> <u>autocuidado</u>, <u>relacionado</u> <u>com</u> <u>diminuição</u> <u>da</u> <u>força</u> <u>muscular</u> <u>dos</u> <u>membros</u> <u>inferiores</u>, <u>manifestado</u> <u>por</u> <u>incapacidade</u> <u>em</u> <u>realizar</u> <u>os</u> <u>cuidados</u> <u>de</u> <u>higiene</u> <u>e</u> <u>conforto</u> <u>e</u> <u>vestir</u> <u>a</u> <u>parte</u> <u>de</u> <u>baixo</u>, <u>de</u> <u>forma</u> <u>independente</u>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a capacidade de o cliente realizar a sua higiene de forma independente; - Melhorar a capacidade de o cliente vestir a parte de baixo e calçar-se de forma independente. 	<p style="text-align: center;"><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a independência para as AVD relacionadas com o autocuidado, utilizando o índice de Barthel; - Realizar ensinios à esposa sobre o assistir nos cuidados de higiene, adaptando a ajuda à evolução do Srº M.; - Instruir e treinar o cliente a autocuidar-se no chuveiro, recorrendo a ajudas técnicas (barras laterais e cadeira de banho); - Instruir e treinar acerca da técnica de transferência para a cadeira de banho; -Instruir o cliente e a esposa a colocar a roupa num local acessível e pela ordem pela qual vai ser vestida; - Incentivar ao uso de roupa e calçado confortável; - Realizar ensinios sobre a importância de vestir primeiro o membro inferior esquerdo e calçar-se sentado; 	<p>15/12/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Barthel: 85; - A esposa aparentemente apreendeu os ensinios realizados; - O cliente foi instruído no autocuidado higiene e utiliza para isso, a barra de apoio e a cadeira de banho que tem no polibã; - O cliente transfere-se para a cadeira de banho de forma correta, com ajuda da esposa; - O cliente veste primeiro as calças no membro inferior esquerdo.

		- Instruir a esposa a ajudar, mas não substituir o Srº M. naquilo que consegue realizar sozinho;	
3-Risco de queda, relacionado com diminuição da força muscular nos membros inferiores, manifestado por alterações na marcha.	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o risco de queda; - Melhorar o padrão de marcha; - Manter o equilíbrio dinâmico em pé. 	<p style="text-align: center;"><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de queda, recorrendo à escala de Morse; - Aconselhar o cliente a pedir ajuda, quando se quiser levantar e consciencializá-lo sobre as suas limitações, com o intuito de não correr riscos; - Realizar ensinamentos sobre a prevenção de quedas no domicílio, alertando para a importância de eliminar tapetes, evitar chão molhado e encerado e utilizar calçado confortável e de sola antiderrapante. 	<p>15/12/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi avaliado o risco de queda, recorrendo à escala de Morse, tendo uma pontuação de 65, ou seja, alto risco de queda; - O cliente foi aconselhado a pedir ajuda (tem campainha para esse efeito) e foi consciencializado das suas limitações; - Foram feitos os ensinamentos sobre a prevenção de quedas, com sucesso, uma vez que não tem essas barreiras no domicílio.

Apêndice VII - 2º Plano de Cuidados no contexto comunitário



8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

2º Plano de Cuidados

ECCI

Tânia Moreira, nº 5459

Enfermeira Orientadora, Clarisse Melo

Professora Orientadora, Cristina Saraiva

Lisboa, Janeiro de 2018

Colheita de dados

Data de admissão: 11/12/2017

Identificação do cliente: Sr^a. C. G.

Idade: 70 anos

Raça: Leucodérmica.

Profissão: foi empregada de mesa e tomou conta de crianças, atualmente reformada.

Estado Civil: divorciada.

Residência: Linda-a-Velha

Agregado familiar: vive com a mãe de 89 anos e com o irmão, na casa deste. Tem dois filhos, sendo que o filho reside no Algarve e a filha reside na Brandoa dando apoio frequente.

Motivo de referência para ECCI: a Sr^a C. foi referenciada pelo hospital, por apresentar dependência nas AVD, necessidade de gestão do regime terapêutico, controlo de sintomas, manutenção da OLD e continuação de reabilitação. Foi efetuada a primeira visita domiciliária a 11/12/2018.

História da doença atual: foi diagnosticado em Abril de 2017 um adenocarcinoma do pulmão em estágio IV. Completou 5 ciclos de quimioterapia oral, uma vez que recusou a quimioterapia endovenosa.

A cliente foi internada a 1/11/2017 por síndrome da veia cava superior. O AngioTAC que realizou durante o internamento revela: "Massa tumoral do pulmão direito com invasão mediastínica extensa e oclusão quase completa da veia cava superior por invasão. Marcada circulação colateral e edema das partes moles torácicas. Múltiplos nódulos/massas pulmonares secundárias. Adenopatias mediastínicas contra laterais."

Durante este internamento realizou radioterapia. Teve alta a 10/11/2017 para ECCI.

História Progressa: a cliente apresenta antecedentes pessoais de hipertensão arterial, síndrome depressivo, dislipidemia e tabagismo desde os 25 anos, que parou quando teve conhecimento do diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão. Desconhece alergias.

Condições habitacionais: reside num apartamento, com elevador. O mesmo apresenta boas condições habitacionais, no entanto, apresenta algumas barreiras que poderão potenciar o risco de queda, tais como, tapetes e os prolongamentos do oxigénio, uma vez que a mãe da cliente também realiza OLD. A casa de banho tem polibã, mas sem barra de apoio.

Medicação de Ambulatório: Pantoprazol 40mg em jejum; Alprazolam 1mg ao deitar e 1/4 ao almoço; Trozadona 150mg ao deitar; Furosemida 40mg ao pequeno-almoço; Prednisolona 5 mg; Paracetamol 1g, 8/8h; Ipatrópio 4 puffs 8/8h; Salbutamol 2 puffs 8/8h, morfina oral 4 gotas SOS e Fentanilo 25 microgramas/hora transdérmico.

Radiografia do tórax realizada a 8/11/2017: Incidência PA; pequenas zonas de hipotransparência dispersas (condensação/existência de secreções); má definição do bordo esquerdo da silhueta cardíaca; visualização de adenocarcinoma no campo pulmonar direito, com massas pulmonares secundárias no campo pulmonar esquerdo; subida da hemicúpula direita.



Avaliação de enfermagem de reabilitação a 11/12/2017

Uma vez que, a teórica que norteia o projeto de estágio que desenvolvi é Dorothea Orem, será também neste modelo teórico que me basearei para a construção do presente plano de cuidados.

A Sr^a C. encontra-se consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa. Participativa para a implementação do plano de intervenção.

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Porém, ligeiramente emagrecida. IMC= 17 kg/m², estando abaixo do intervalo normal.

Sinais Vitais:

TA:121/71 mmHg;

FC: 104 bpm, mantém sempre ligeira tendência à taquicardia, com pulso rítmico e cheio;

Apirética;

Dor: 0 (escala numérica);

FR: 18 ciclos/minuto, respiração superficial, de predomínio torácico, simétrica e regular. Dispneica, com 7 na Escala de Borg Modificada.

Apresenta tosse eficaz, com saída de expetoração fluida e esbranquiçada.

Cumprido OLD a 2,5 l/min por óculos nasais, 24h por dia, através de concentrador, tendo uma bala portátil para quando vai à rua. Não revela dificuldades na gestão da OLD. Saturações de O₂ na ordem dos 94%.

Durante a realização das AVD, apresenta dispneia a pequenos esforços, pontuação 5 no questionário da dispneia. Anda no domicílio sem qualquer auxiliar de marcha, porém, quando vai às consultas vai em cadeira de rodas devido ao cansaço fácil.

Constatou-se que a cliente não se encontrava a fazer o Spiriva Respimat, pela crença de que o oxigénio substituíra o mesmo, no entanto, após algum tempo de conversa percebeu-se que a carência económica também era um fator limitador.

Avaliou-se a força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, sendo utilizada a escala *Medical Research Council*, sendo que em todos os segmentos apresenta força 4/5.

Avaliação do índice de Barthel: apresenta pontuação de 75, ou seja, dependência ligeira para a realização das AVD.

Devido à dispneia, a cliente já revela muita dificuldade em algumas tarefas do cotidiano, pelo que se avaliou a execução das AIVD, através da escala de Lawton & Brody (versão de Sequeira, 2007), tendo uma pontuação de 23, ou seja, é dependente nas AIVD.

Avaliação da escala de Braden: 20, a cliente apresenta baixo risco de desenvolver úlceras por pressão.

Foi avaliado o risco de queda, através da escala de Morse, tendo um score de 25, pelo que apresenta baixo risco de queda.

Exame objetivo do tórax

Auscultação:

Murmúrio vesicular diminuído em ambos os campos pulmonares e auscultam-se sibilos em ambos os 1/3 superiores.

Teoria do Autocuidado

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento

A Sr^a C. residia no Algarve, separou-se do marido e veio para Linda-a-Velha para cuidar da mãe, residindo atualmente com o irmão e a mãe. Tem dois filhos. O filho reside no Algarve e a filha reside na Brandoa dando apoio frequente.

Atualmente não sai de casa, saindo apenas para ir às consultas, sendo acompanhada pelos Bombeiros e pela filha.

Apresenta limitação para o autocuidado, nomeadamente a higiene, na qual tem apoio de uma instituição, que fornece também a alimentação. Este apoio é de segunda a sexta-feira, pelo que ao fim de semana tem apoio de uma vizinha. Refere que tem já alguma dificuldade no vestir/despir, porém, ainda consegue fazê-lo de forma independente.

Refere grande dificuldade em realizar as tarefas domésticas pela dispneia que apresenta.

Avaliação dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde

A limitação para o autocuidado que a cliente apresenta, vem de dispneia a pequenos esforços (pontuação 5 no questionário da dispneia). A mesma é devida ao adenocarcinoma do pulmão estágio IV e a síndrome da veia cava superior.

Cumpe OLD a 2,5 l/minuto por óculos nasais.

Avaliação dos requisitos universais de autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado
Manutenção de uma quantidade suficiente de ar.	Dispneia a médios esforços (grau 2 no questionário da dispneia). Escala de Borg Modificada: 4.	Apresenta respiração superficial, de predomínio torácico, simétrica e regular. Cumpre OLD a 2,5 l/minuto por óculos nasais. Dispneia a pequenos esforços, aplicando o questionário da dispneia, este aumenta para 5. Escala de Borg Modificada: 7.
Manutenção de uma ingestão suficiente de água.	A cliente refere que ingere por dia, cerca de 0,5l de água aproximadamente.	Sem alterações do padrão habitual.
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos.	A cliente refere que faz cerca de cinco refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia). Sem alterações do apetite.	Mantém as mesmas refeições, no entanto, com diminuição do apetite. IMC= 17 kg/m ² . Está emagrecida.
Manutenção de um padrão de eliminação adequado.	Eliminação vesical e intestinal sem alterações.	Sem alterações do padrão habitual. Utiliza o WC de forma independente e mantém controlo de esfíncteres.
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso.	Limitação da atividade devido à dispneia a médios esforços. Sem alterações do sono.	Limitação da atividade por dispneia a pequenos esforços. Dorme cerca de 7h/noite com insónia, toma Alprazolam à noite, porém, refere acordar por vezes a meio da noite.

Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social.	Sem limitação na interação social.	Limitação na interação social por dificuldade na mobilidade devido à dispneia, saindo de casa apenas para as consultas.
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano.	Sem alterações.	A cliente afirma ter cessado a atividade tabágica em Abril de 2017.
Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, e as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.	A cliente afirma que não tem limitações na interação social.	A dificuldade que apresenta em deslocar-se devido à dispneia, faz com que raramente saia de casa, o que interfere com a interação social, sendo a mesma mantida apenas com a família mais próxima e alguns vizinhos.

Resumo dos problemas identificados

- ✓ Intolerância à atividade, relacionada com adenocarcinoma do pulmão, manifestada por dispneia (escala de Borg modificada 7) a pequenos esforços (questionário da dispneia 5) e limitação para o autocuidado;
- ✓ Adesão ao regime terapêutico comprometido, relacionado com a falta de conhecimentos da cliente em relação ao mesmo, manifestada por não existir controlo eficaz da dispneia;

De referir que a cada sessão, realizei as seguintes intervenções:

- Consultar o processo clínico;
- Promover um ambiente calmo;
- Estabelecer uma relação de ajuda com a Sr^a C. para que expresse os seus sentimentos e inquietações;
- Esclarecer a cliente de todos os procedimentos a realizar, as suas vantagens e objetivos, pedindo a sua colaboração;
- Colocar a cliente numa posição relaxada, promovendo o alinhamento corporal e libertando as articulações a mobilizar, de roupa que inviabilize a realização de toda a amplitude do movimento;
- Avaliar e registar sinais vitais, antes e depois da sessão;
- Dar reforço positivo e esclarecer dúvidas;
- Auscultação pulmonar antes e após a realização da sessão;
- No final de cada sessão, foram efetuados os devidos registos.

A cliente apresentou sempre sinais vitais estáveis antes e após a sessão, pelo que os mesmos não vão ser colocados no plano de cuidados.

Desde a primeira visita domiciliária, foi prestado apoio emocional à cliente pela labilidade emocional e tristeza que apresenta relativamente à sua situação clínica. Tal, é valorizado pela cliente que refere sentir-se apoiada.

Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Sistemas de Enfermagem Intervenções de enfermagem	Avaliação
<p>1-Intolerância à atividade, relacionada com adenocarcinoma do pulmão, manifestada por dispneia (escala de Borg modificada 7) a pequenos esforços (questionário da dispneia 5) e limitação para o autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o gasto de energia utilizado na execução de atividades de autocuidado; - Manter a mobilidade articular; - Manter a força muscular; - Prevenir complicações relacionadas com a imobilidade. 	<p><u>Sistema Parcialmente Compensatório</u> <u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala <i>Medical Research Council</i>; - Avaliar a dispneia utilizando a escala de Borg modificada e o questionário da dispneia; - Avaliar a independência para a realização das AVD, através do índice de Barthel; - Avaliar as AIVD através da escala de Lawton & Brody; - Instruir sobre as posições de descanso e alívio da dispneia e expiração com os lábios semicerrados; - Ensinar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; - Instruir a cliente sobre a importância de inspirar em repouso e expirar durante o esforço; 	<p>05/01/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliada a força muscular tendo 4/5 em todos os segmentos corporais, de acordo com a escala <i>Medical Research Council</i>; - Avaliada a dispneia tendo 7 na escala de Borg modificada e 5 no questionário da dispneia; - Avaliado o índice de Barthel, tendo pontuação 75; - Avaliada a escala de Lawton & Brody, tendo pontuação de 23, ou seja, dependente nas AIVD; - À auscultação apresenta murmúrio vesicular diminuído em ambos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios; - A cliente permanece em casa, grande parte do dia na cama ou sentada na sala;

		<p>- Ensinar as técnicas de conservação de energia durante a realização das atividades de autocuidado;</p> <p>- Realizar exercícios de RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reeducação diafragmática da porção posterior; ➤ Reeducação costal global. <p>-Realizar mobilizações ativas (atendendo à tolerância da cliente):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Dedos dos pés</u>: flexão/extensão e adução/abdução; ➤ <u>Tibiotársica</u>: dorsiflexão/flexão plantar e inversão/eversão (dando ênfase à articulação tibiotársica esquerda); ➤ <u>Joelho</u>: flexão/extensão; ➤ <u>Coxofemoral</u>: flexão/extensão, adução/abdução e rotação externa/interna; ➤ <u>Dedos da mão</u>: flexão/extensão, adução/abdução e oponência do polegar; ➤ <u>Punho</u>: flexão/extensão e desvio radial/desvio cubital; ➤ <u>Antebraço</u>: pronação/supinação; ➤ <u>Cotovelo</u>: flexão/extensão; 	<p>- Efetuado ensino acerca das posições de descanso e alívio da dispneia, como a posição de cocheiro, às quais a cliente recorre esporadicamente;</p> <p>- Efetuado ensino acerca da dissociação dos tempos respiratórios e da importância de expirar durante a realização do esforço, que a cliente apreendeu e realiza corretamente;</p> <p>- Efetuado ensino acerca de técnicas de conservação de energia, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Organização antecipada de todo o material necessário para a higiene, uso de um banco no polibã para se sentar, descanso dos cotovelos como apoio na realização de atividades dos membros superiores, secar-se e vestir-se sentada. ➤ Uso de roupa confortável, organizando a mesma pela ordem que vai ser vestida. Para calçar as meias e os sapatos deve sentar-se e
--	--	--	---

		<p>➤ <u>Escapulo-Umeral:</u> Flexão/extensão, elevação/depressão, adução/abdução e rotação interna/externa;</p> <p>- Promover períodos de repouso após a realização dos exercícios;</p> <p>- Realizar ensinamentos sobre os exercícios, incentivando o cliente a realizá-los frequentemente;</p> <p>- Reforçar junto da cuidadora formal que não deve substituir o cliente na realização das atividades, devendo incentivá-la a colaborar.</p>	<p>colocar o pé em cima da perna oposta.</p> <p>➤ Para fazer a cama dobrar os joelhos e manter a coluna direita, só passa para o outro lado da cama quanto tiver tudo feito do primeiro lado.</p> <p>- Apesar dos ensinamentos realizados o cliente mantém o apoio de cuidadora formal de uma instituição que colabora na higiene;</p> <p>- Reforçou-se que o cliente deve planejar as suas atividades, por forma a que as mais cansativas fiquem distribuídas pelos vários dias da semana, tendo períodos de repouso antes e após a realização das mesmas;</p> <p>- O cliente realizou os exercícios de RFR mencionados, num total de 5 repetições, necessitando de algumas correções, após as quais, realizou o exercício corretamente;</p> <p>- Foram realizadas mobilizações ativas das articulações descritas, num total de 5 repetições, com</p>
--	--	--	--

colaboração da cliente, no entanto, por vezes a cliente necessita de algum auxílio na realização das mobilizações passando assim a ativas assistidas. Em algumas visitas domiciliárias optou-se por não realizar mobilizações devido a agravamento da dispneia (escala de Borg modificada 10);

- Não houve o reforço dos ensinamentos à cuidadora formal, uma vez que apenas na primeira visita domiciliária se encontrou a mesma.

19/01/2018

- A cliente agravou o seu estado clínico, pelo que atualmente já não tolera os exercícios de RFR nem as mobilizações, devido à dispneia e ao cansaço fácil a pequenos esforços (escala de Borg modificada 10 e questionário da dispneia 5), pelo que as visitas são para controlo de sintomas;

- Foi proposta a referenciação para uma unidade de cuidados paliativos, sendo explicados os benefícios da

			<p>mesma. No momento, a cliente prefere permanecer no seu domicílio, porém, assina o consentimento informado e escolhe as unidades, para uma transferência futura, aquando de um agravamento de sintomas que a impossibilitem de permanecer no domicílio.</p>
<p><u>2-Adesão ao regime terapêutico comprometido, relacionado com a falta de conhecimentos da cliente em relação ao mesmo, manifestada por não existir controlo eficaz da dispneia.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a adesão ao regime terapêutico; - Promover um controlo de sintomas eficaz, nomeadamente da dispneia. 	<p style="text-align: center;"><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Avaliar os conhecimentos da cliente acerca do regime terapêutico; -Explicar os benefícios do regime terapêutico no controlo de sintomas; -Avaliar a técnica inalatória que a cliente pratica; -Alterar a técnica inalatória que a cliente pratica, se necessário; - Explicar os benefícios de uma correta técnica inalatória; - Escutar as dificuldades, dúvidas e medos sentidos pelo cliente; 	<p>05/01/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constatou-se que a cliente não se encontrava a administrar o Spiriva Respimat, por carência económica, assim, contactou-se a médica da equipa, que prescreveu Ipatrópio e Salbutamol, pediu-se também receita médica para a compra de uma câmara expansora, devido à carência económica; - Foi introduzida a morfina oral (Oramorph), com colaboração da equipa de cuidados paliativos, para controlo da dispneia, a cliente foi instruída a realizar 2 gotas em SOS;

- Foram realizados ensinios acerca da morfina e do seu benefício para a dispneia, desmitificando alguns receios que a cliente tinha em relação ao fármaco.

9/1/2018

- Foi avaliada a técnica inalatória, dos inaladores pressurizados através de câmara expansora, sendo que a cliente comete os seguintes erros: não faz os inaladores pela ordem correta, não efetua uma expiração lenta antes da inalação, não aguarda pelo menos 30 segundos para efetuar o próximo inalador, foram efetuadas as correções fazendo os devidos ensinios;

- Devido a agravamento da dispneia, a cliente foi instruída a aumentar a morfina, passando a realizar 4 gotas em SOS.

12/1/2018

- Avaliada novamente a técnica inalatória, sendo que foi efetuada corretamente;

			<p>- Foi introduzido o Fentanilo 12,5 microgramas/hora transdérmico, uma vez que a cliente mantinha dispneia marcada (Borg 8).</p>
--	--	--	--

19/1/18

- Foi aumentado o Fentanilo para 25 microgramas/hora, uma vez que a cliente fazia já resgates de morfina 4x ao dia.

ANEXOS

Anexo I- COPD Assessement Test –CAT

Your name:

Today's date:



How is your COPD? Take the COPD Assessment Test™ (CAT)

This questionnaire will help you and your healthcare professional measure the impact COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is having on your wellbeing and daily life. Your answers, and test score, can be used by you and your healthcare professional to help improve the management of your COPD and get the greatest benefit from treatment.

For each item below, place a mark (X) in the box that best describes you currently. Be sure to only select one response for each question.

Example: I am very happy 0 X 2 3 4 5 I am very sad

			SCORE
I never cough	0 1 2 3 4 5	I cough all the time	
I have no phlegm (mucus) in my chest at all	0 1 2 3 4 5	My chest is completely full of phlegm (mucus)	
My chest does not feel tight at all	0 1 2 3 4 5	My chest feels very tight	
When I walk up a hill or one flight of stairs I am not breathless	0 1 2 3 4 5	When I walk up a hill or one flight of stairs I am very breathless	
I am not limited doing any activities at home	0 1 2 3 4 5	I am very limited doing activities at home	
I am confident leaving my home despite my lung condition	0 1 2 3 4 5	I am not at all confident leaving my home because of my lung condition	
I sleep soundly	0 1 2 3 4 5	I don't sleep soundly because of my lung condition	
I have lots of energy	0 1 2 3 4 5	I have no energy at all	
			TOTAL SCORE

COPD Assessment Test and the CAT logo is a trade mark of the GlaxoSmithKline group of companies.
© 2008 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved.
Last Updated: February 06, 2012

Anexo II- Folha de registo de ER do 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 (Expontânea, Mecânica)										
	Simetria torácica										
	Torácica, Mista, Abdomino-Diafragmática										
	Ritmo (regular, irregular)										
	Amplitude (normal, diminuída, aumentada)										
Sintomas	Tiragem-intercostal, Supra-clavicular, Adejo nasal										
	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									
	Ruídos 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			
FIO2				IPAP				O.N.			
F.resp.				EPAP				VmkFio2			
Vol. total inspirado				FIO2							
Vol. total expirado				Volume/m				Acrossol			
Peep				F. Respir.							

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Internamento de Pneumologia

Diretora: Profª. Doutora Cristina Bárbara

IMP096.01

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt



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

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

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

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Internamento de Pneumologia

Diretora: Prof. Doutora Cristina Bárbara

IMP096.01

HSM: Tel: 217 805 293 - Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 - Fax: 217 581 838

www.chln.pt



AVALIAÇÃO										
Movimento Articular		Data		Força Muscular		Data				
(assinalar apenas as alterações)										
Pescoço	Rotação dt° / Esq°			Escala de Lower	MSD					
	Inclinação dt° / Esq°				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					
Punho	Pronação			MIE						
	Flexão				Sensibilidade		Data			
	Extensão				Superficial	Térmica				
	D. ulnarl					Táctil				
Dedos da mão	D. radial			Profunda	Dolorosa					
	Flexão				Discriminativa					
	Extensão				Postural					
	Abdução				Vibratória					
	Adução				Equilíbrio		Data			
Coxo femoral	R. interna			Sentado	Estático					
	R. externa				Dinâmico					
Joelho	Flexão			Em pé	Estático					
	Extensão				Dinâmico					
	Inversão				Índice de Barthel		Data			
Tíbio-Tarica	Eversão			Escala de Braden		Data				
	Flexão Plantar									
	Dorsi-flexão									
	Flexão									
Dedos do pé	Extensão									
	Abdução									
	Adução									

Nota de Enfermagem de Reabilitação:

Enfermeiro(a) : _____

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Internamento de Pneumologia

Diretora: Prof.^a Doutora Cristina Bárbara

IMP096.01

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt



Anexo III- Escala de Borg Modificada

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 IV- *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>"Tôico 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 V- Escala de Braden

Avaliação do grau de risco - Escala de BRADEN

Avaliação do grau de risco - Escala de <u>BRADEN</u>				
Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
Atividade	1. Acamado	2. Confinado a cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula freqüentemente
Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	_____

Anexo VI- *Escala London Chest Activit of Dail Living*

Cuidado pessoal						
Enxugar-se	0	1	2	3	4	5
Vestir a parte superior do tronco	0	1	2	3	4	5
Calçar os sapatos / meias	0	1	2	3	4	5
Lavar a cabeça	0	1	2	3	4	5
Doméstico						
Fazer a cama	0	1	2	3	4	5
Mudar o lençol	0	1	2	3	4	5
Lavar janelas / cortinas	0	1	2	3	4	5
Limpeza / limpar o pó	0	1	2	3	4	5
Lavar a louça	0	1	2	3	4	5
Utilizar o aspirador de pó / varrer	0	1	2	3	4	5
Atividade física						
Subir escadas	0	1	2	3	4	5
Inclinar-se	0	1	2	3	4	5
Lazer						
Andar em casa	0	1	2	3	4	5
Sair socialmente	0	1	2	3	4	5
Falar	0	1	2	3	4	5

- Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade, por favor, responda:

0 Eu não faria de forma alguma

- Se a actividade é fácil para si, por favor, responda:

1 Eu não fico com falta de ar

- Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar, por favor, responda:

2 Eu fico moderadamente com falta de ar

- Se a actividade lhe causa muita falta de ar, por favor, responda:

3 Eu fico com muita falta de ar

- Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si, por favor, responda:

4 Eu não posso mais fazer 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 responda:

5 Eu preciso que outra pessoa faça isso

Anexo VII- Escala de Morse

Tabela 1
Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Anexo VIII- 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	

TOTAL	
-------	--

Anexo IX- Escala de Ashworth

Score	Escala Modificada de Ashworth, versão 2006
0	Sem aumento do tónus muscular
1	Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por sinal de canivete ou por uma resistência mínima no final da amplitude de movimento, quando a parte afectada é mobilizada em flexão ou extensão
2	Marcado aumento do tónus muscular, manifestado por uma resistência a meio da amplitude de movimento, mas a parte afectada é facilmente mobilizada
3	Considerável aumento do tónus muscular, movimento passivo difícil
4	Rigidez na zona afectada, em flexão ou extensão

Anexo X- *Medical Research Council*

Escala de Avaliação da Força Muscular
(MRC-Medical Research Council)

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção do movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

Anexo XI- Escala de Lawton & Brody

Item	AVD	Cota- ção	Item	AVD	Cota- ção
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	Uso telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2		Só liga para lugares familiares	2
	Só faz tarefas leves	3		Necessita de ajuda para o usar	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4		Incapaz de usar o telefone	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5			
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	Uso transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só lava pequenas peças	2		Só anda de táxi	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3		Necessita de acompanhamento	3
				Incapaz de usar o transporte	4
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	Uso dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2		Só pequenas quantidades de dinheiro	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3		Incapaz de utilizar o dinheiro	3
	Incapaz de preparar	4			
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1	Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Só faz pequenas compras	2		Necessita que lhe preparem a medicação	
	Faz as compras acompanhado	3		Incapaz de se responsabilizar pela medicação	2
	É incapaz de ir às compras	4			3