

2020-05-11 17:54:29

<http://justnews.pt/noticias/a-grande-maisvalia-da-enfermagem-na-reabilitacao-do-doente-critico>



Doentes críticos internados com covid-19: Enfermagem de Reabilitação «proporciona ganhos em saúde»

Na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente do Hospital Geral (Covões), que integra o Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) e é, neste momento, exclusiva para casos de covid-19, a maior parte dos enfermeiros especialistas em reabilitação tem muitos anos de experiência em CI, integrando a equipa daquela Unidade. São fatores adicionais que tornam ainda mais relevante a prestação destes cuidados a doentes críticos .

As fotos desta reportagem, que pode ser lida no Hospital Público de maio/junho, e que retratam procedimentos, foram asseguradas pelos próprios profissionais.



Marco China, 43 anos, assume, de certa forma, o papel de “porta-voz” do grupo de enfermeiros de reabilitação que, pelo menos na data da realização desta reportagem, no início de abril, estavam colocados na Unidade de Cuidados Intensivos do velho Hospital dos Covões, há quase dez anos fazendo parte do CHUC.

Natural de Coimbra, integra esta UCI desde 1999, quando terminou o curso de Enfermagem, e testemunhou, portanto, a inauguração das novas instalações, em 2001, altura em que passou de 4 para 6 camas, número que subiu posteriormente para 9.



Marco China

Era um dos cinco enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (ER) que em fevereiro ali prestavam este tipo de cuidados, a que se juntou, já em março, uma colega da equipa que, entretanto, concluiu a especialidade. No contexto da covid-19, chegou um reforço de mais três profissionais, do mesmo Serviço de Medicina Intensiva, mas transferidos da UCI Polivalente do polo HUC.

Marco China terminou a especialidade de ER em 2015, quando já tinha, portanto, uma convivência diária de muitos anos com doentes críticos. Aliás, terá sido por isso mesmo que escolheu ER:

“Para mim, foi um passo lógico, porque fui observando, ao longo do tempo, que esta especialidade pode oferecer muito ao doente crítico. Nós temos intervenções específicas com as quais podemos proporcionar ganhos em saúde. Através da otimização da ventilação e da oxigenação, da limpeza das vias aéreas, facilita-se o desmame ventilatório. Também a redução da incidência de fraqueza muscular adquirida nos CI e a prevenção de riscos têm uma influência direta na qualidade de vida do doente.”

Enfermeiros de reabilitação que pertencem à própria equipa: "é o que faz sentido"

A ER evoluiu muito ao longo dos últimos 10 ou 20 anos. Relativamente ao acompanhamento do doente crítico, verificou-se ser importante que o enfermeiro integrasse a equipa de CI, “porque lhe permite conhecer muito melhor o doente”, e que tivesse experiência nesta área.

“Cada vez mais as unidades de CI têm enfermeiros de reabilitação que pertencem à própria equipa, o que para nós é o que faz sentido, ser um elemento dessa equipa e ter toda a informação do doente. Por outro lado, quando se especializam em ER, a maior parte dos colegas já tem muitos anos de CI”, explica Marco China.

No caso dos doentes que nas últimas semanas têm sido internados com covid-19 no polo Hospital Geral do SMI, a intervenção da ER faz-se principalmente ao nível da respiração, promovendo a limpeza das vias aéreas e a melhoria da ventilação e das trocas gasosas. Depois na área motora, prevenindo as complicações inerentes à imobilidade, como a rigidez articular e a atrofia muscular, entre outras. A reabilitação cognitiva justifica-se porque “estes doentes também precisam de ser estimulados”.



Estas intervenções permitem que se realize o desmame ventilatório o mais precocemente possível, conquistando, assim, o doente a sua autonomia respiratória. E é mais fácil para um enfermeiro de reabilitação lidar nos CI com um doente com covid-19 sedado ou consciente?

“Nós prescrevemos as nossas intervenções consoante os diagnósticos de enfermagem e a situação clínica do doente. Quando um doente está sedado algumas das preocupações são a limpeza das vias aéreas (retirar as secreções a nível dos pulmões), procurando melhorar a ventilação, para incrementar as trocas gasosas.

Em termos motores, nesta fase, tentamos manter a amplitude articular”, explica Marco China, acrescentando:

“Quando o doente começa a ficar mais acordado, a mobilizar-se, já podemos ter alguma participação, nomeadamente, no movimento, para ganhar tónus muscular”, pois, como explica, numa semana de internamento uma pessoa pode perder cerca de 4-5% da massa muscular.



Sessão de reabilitação demora entre 45 minutos a uma hora

O enfermeiro reconhece que uma das grandes barreiras nos cuidados a prestar a um doente acordado prende-se com todo o equipamento de proteção individual (EPI) que o profissional tem de envergar, simplesmente porque “o doente só nos vê os olhos, não consegue distinguir a nossa cara”.

E orientá-lo no espaço e no tempo “é fundamental”. Numa situação normal, o que não é o caso porque não são permitidas visitas, “os familiares são envolvidos e ver uma cara conhecida é muito importante para o doente”.

O próprio EPI utilizado pelos profissionais acaba por ser uma dificuldade de peso na sua atuação, não só devido ao embaçamento dos óculos e das viseiras, por exemplo, mas também ao desgaste físico que origina.



“Tentamos não ficar mais de três horas dentro da sala e depois temos que fazer um período de descanso”, diz Marco China, esclarecendo que, “em termos de execução de técnicas ao doente, não há grande diferença em estarmos ou não com o equipamento”.

Uma sessão de reabilitação da parte respiratória e motora demora, em média, entre 45 minutos a uma hora: “Um doente que já esteja um pouco acordado está em condições de ajudar a realizar alguns exercícios e aí nós vamos tentar usar técnicas que aumentem a força muscular, o que consumirá mais tempo.



“Depois de concluída uma sessão, é feita a mudança de EPI, como o avental e as luvas, higienizamos as mãos e estamos em condições de passar para outro doente, depois de fazer os registos no processo do anterior. Em três horas conseguimos trabalhar, em média, com três doentes e depois temos que vir cá fora para uma pausa e voltarmos-nos a paramentar”, descreve o nosso interlocutor, confirmando que “o ato mais perigoso é mesmo a desparamentação, pois, é quando corremos mais riscos de entrar em contacto com uma zona que esteja conspurcada”.

Não admira que Marco China, casado e com 2 filhas, chegue a casa e durma sozinho num quarto, tenha o seu próprio WC e use sempre máscara. E que logo à entrada exista uma “zona suja”, onde deixa os sapatos e o casaco, enquanto a roupa usada vai para lavar.



Enfermeiros de reabilitação no apoio a doentes críticos: Carina Monteiro, Helena Antunes, Miguel Pires, Fernanda Viseu, Helena Pires, Helena Rodrigues, Maria Loureiro e Marco China

Equipa experiente em CI dá formação e apoio

Helena Rodrigues, 47 anos, também nasceu e estudou Enfermagem em Coimbra como Marco China, mas teve de passar 2 anos em Lisboa, primeiro em Santa Maria e depois no Curry Cabral, onde começou nos CI.

Mudou-se em 1996 para os Covões e permaneceu 5 anos na UCI Coronários, antes de ir inaugurar, com o seu colega, as novíssimas instalações da UCI Polivalente. Há uns 5 anos foi chefiar os enfermeiros e assistentes operacionais da Medicina F (também nos Covões), até que em janeiro deste ano assumiu idêntica responsabilidade na UCI do SMI, que já conhecia muito bem. Começou dia 15, quando ainda não se falava de covid-19.

Muito rapidamente chegou o dia em que foi necessário transferir os doentes internados naquela Unidade e preparar o espaço para receber, em exclusivo, casos de covid-19. “Começámos por ter que perceber os circuitos que tínhamos que fazer para cuidar destes doentes, a logística em termos de proteção dos profissionais, aquilo que nos era exigido em termos de recursos materiais e humanos. Foi uma reviravolta muito grande”, recorda a enfermeira gestora.



Helena Rodrigues

Também foram recebidos depois doentes da Figueira da Foz e de Aveiro, mas os iniciais vieram do polo HUC, incluindo uma senhora com mais de 70 anos, que Helena Rodrigues confirma ter sido a primeira com covid a ser ali internada, dia 12 de março. Vinha transferida da Urgência e foi logo ventilada e, portanto, sedada, assim se mantendo à data desta reportagem, embora com evolução positiva: “Tem vindo a melhorar, já não está com suporte ventilatório, respira por ela. Estamos a ver se recupera o suficiente para ser transferida para uma enfermaria.”

Helena Rodrigues tem a seu cargo a responsabilidade de gerir os enfermeiros e assistentes operacionais necessários para assegurar os cuidados a prestar a um total de 19 doentes, entre as 10 camas do SMI-HG mais outras 9 no espaço contíguo adaptado da Sala de Recobro do Bloco Operatório.

Mas a sua equipa também tem estado a dar formação e apoio aos profissionais que deverão assegurar a utilização de mais uma dezena e meia de camas noutras duas unidades dos Covões, mais precisamente na Sala de Recobro da Unidade de Cirurgia de Ambulatório e na UCI Coronários.

Passaram 20 anos e muita coisa se alterou

Isabel Parente, que nasceu em Arazede, a 30 Km de Coimbra, fez em janeiro 59 anos. Trabalhou 6 meses nos Covões no Bloco Operatório e 17 anos no Hospital de Cantanhede. É então que opta pela ER e torna-se

especialista em 1999. Iniciou funções no Centro de Saúde de Montemor-o-Velho, onde se manteve 6 meses.

Já nos Hospitais da Universidade de Coimbra, fez a integração no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e após 3 meses foi colocada nos Cuidados Intensivos Polivalentes, atual Serviço de Medicina Intensiva. “No dia seguinte estava a fazer reabilitação. Contrariamente ao que era esperado, ainda hoje aqui estou”, comenta.



Isabel Parente

Passaram 20 anos e garante que muita coisa se alterou, como, por exemplo, no que respeita às barreiras que se levantavam à prestação de cuidados de reabilitação. Numa 1.^a fase relacionadas com a cultura organizacional e a falta de liderança, numa 2.^a fase de ordem estrutural (recursos humanos, equipamentos e inexistência de protocolos). Confirma que as enfrentou, uma a uma, todas as que são enumeradas pelos autores de um estudo apresentado em 2019 por cinco colegas seus do CHUC, mas esclarece:

“Na minha perspetiva, como enfermeira do Serviço de Medicina Intensiva aqui nos HUC, as principais barreiras aos cuidados de ER continuam a ser as que estão relacionadas com a situação crítica de falência de um ou mais órgãos (sendo sempre um deles o pulmão), como com o quadro clínico do doente, imposto pela agudização da sua doença crónica ou situação aguda, qualquer que seja a área, cirúrgica, traumática, neurocirúrgica, ortopédica... E, consequentemente, as alterações inerentes ao seu estado clínico: hemodinâmicas, ventilatórias, dor, delirium, sedação e curarização, agitação, fadiga... Bem como a presença ou não de terapias extracorporais, como a ECMO e as técnicas de substituição da função renal). Já a presença de dispositivos médicos para monitorização são facilitadores da implementação do programas de reabilitação.”

Isabel Parente sublinha que “todos os doentes são diferentes e que os cuidados de reabilitação têm que ser dinâmicos, precisando de se adaptar às características individuais de cada caso. Seja um doente com traumatismo, seja ele do foro cirúrgico ou médico, ou ainda com uma conjugação de várias situações graves, existe sempre a possibilidade de avaliar, planear e executar um programa de reabilitação para esse doente. Posso recordar como foi esse processo de adaptação nos casos de gripe A ou quando começámos a ter doentes em ECMO”.



"No doente crítico, temos que conjugar o fator humano com a gravidade da sua doença, as comorbilidades, a necessidade de ventilação mais ou menos agressiva e a sua grande instabilidade hemodinâmica", refere a nossa interlocutora, frisando que durante anos não se falava em reabilitação no doente crítico.

"Fui aprendendo de forma empírica, ou acedendo a alguma literatura, que era escassa, mas foi uma grande mais-valia a necessidade de me manter atualizada para anualmente ir à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra colaborar com a opção de Reabilitação no Doente Crítico", observa.

Até 2007, Isabel Parente foi a única especialista em ER no Serviço de Medicina Intensiva dos HUC. Atualmente, a contar consigo, são 12, num total de 80 enfermeiros nos CI. Mas, entretanto, "três colegas foram alocadas aos CI do Hospital Geral, duas terminaram o curso há pouco tempo e uma está em processo de integração".

No seu entender, "é muito importante que os enfermeiros de reabilitação integrem as equipas de CI, pois, isso permite uma melhor articulação com os colegas e com a equipa médica, permitindo, assim, uma relação de confiança que de outro modo não seria possível. E depois possibilita-nos conhecer o doente e a sua família e ter o feedback da sua evolução, favorável ou desfavorável, ao longo de 24 horas. Não podemos esquecer-nos de que se trata de um doente que, efetivamente, está ali no 'fio da navalha' e tão depressa está estável como no momento seguinte descompensa completamente e fica instável".

O facto de, hoje em dia, se produzirem guidelines de atuação e de ser possível quantificar os ganhos em saúde com a intervenção da ER deixa Isabel Parente muito satisfeita e otimista quanto ao futuro da Enfermagem de Reabilitação

"Avaliar, planear, implementar e reavaliar"

Se tivesse um doente com covid- 19 à sua frente, o que faria? Isabel Parente responde: "Primeiro teria que o avaliar, olhar para os seus parâmetros ventilatórios, hemodinâmicos... Sei que são doentes extremamente sensíveis em termos ventilatórios e que a sua fisiopatologia é distinta da dos casos de síndrome de dificuldade respiratória no adulto. As alterações ao nível do alvéolo pulmonar são diferentes, fragilizando-os."

E continua o esclarecimento: "Também sei que têm shunts muito elevados, havendo, portanto, uma grande quantidade de sangue que passa sem ser oxigenado. Estarei, com certeza, perante um doente muito instável, mas que quando em ECMO é muito mais fácil de trabalhar porque o processo de oxigenação do sangue não depende exclusivamente do pulmão."



“Vamos sempre dar ao mesmo: avaliar, planejar, implementar e reavaliar”, conclui, prosseguindo: “O doente vai precisar de mobilização articular, que é imprescindível para diminuir os riscos da imobilidade, nomeadamente o encurtamento e a rigidez muscular.

Também a reabilitação respiratória vai promover o aumento dos volumes pulmonares e a facilitação da drenagem de secreções, pelo uso de técnicas como alongamentos e aberturas costais, acelerar o fluxo expiratório, vibrações, aspiração direcionada a 4 mãos, e, quando se justificar, a utilização do cough assist. No doente crítico, a avaliação é constante.”

Pensar no doente "como um ser social"

Isabel Parente lembra que, “há 20 anos, os doentes saíam dos CI com grandes défices de funcionalidade, pela situação aguda mas também pelos efeitos da imobilidade a que se encontravam expostos”.

E sublinha que, atualmente, “a realidade é bem diferente, pretende-se que os défices com que o doente sai sejam os que são inerentes à sua patologia e não impostos pelos efeitos da imobilidade. Temos que pensar no doente não como um ser individual, mas como um ser social, e que deve voltar ao seu contexto familiar e profissional nas melhores condições.”

Até porque “é cada vez mais importante salvar a vida mas também manter a qualidade de vida”.



A reportagem completa pode ser lida na edição de maio/junho 2020 do [Hospital Público](#) - jornal para profissionais de saúde, distribuído em serviços e departamentos de todas as unidades hospitalares do SNS.

