

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Reabilitação na Promoção
do Auto-Cuidado da Pessoa em Situação de AVC.
Revisão Sistemática da Literatura.**

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do Grau de Mestre
na Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Isabel Maria Lopes Cardoso Miguel

ORIENTADOR:
Mestre José Lourenço

CO-ORIENTADOR:
Professora Doutora Maria João Esparteiro

**2012
Janeiro**

DEDICATÓRIA

Ao meu marido ADELINO por estar ao meu lado em todos os momentos, pela força, apoio, incentivo e pelo AMOR e dedicação incondicional...!

À minha filha INÊS pelo orgulho e cumplicidade, pelos nossos laços...pela compreensão que sempre demonstrou, pela minha ausência.

AGRADECIMENTOS

Professores, família, amigos e colegas proporcionaram de forma solidária e diversa a concretização deste Mestrado, que dificilmente teria sido possível sem esse apoio.

A todos aqui deixamos o mais sincero agradecimento.

Contudo gostaríamos de particularizar este reconhecimento aos que mais implicados estiveram neste percurso:

Aos doentes e famílias que foram sempre um estímulo para aprendermos e melhorarmos a nossa prestação de cuidados.

Ao Professor José Lourenço pela disponibilidade, orientação e apoio, que permitiu uma reflexão metódica importante para o nosso crescimento pessoal e profissional, nesta etapa tão importante da nossa vida. Pela sua preocupação, incentivo e ânimo transmitido nos momentos mais difíceis.

A todos os Enfermeiros Cooperantes que tornaram possível momentos de aprendizagem únicos...

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação António José Lopes, pelo seu apoio numa altura muito difícil e que nos fez concluir que a palavra “desistir” não fazia parte do nosso dicionário.

Ao marido Adelino e à filha Inês pela compreensão nos momentos de cansaço, irritação e ausência, sempre com palavras de incentivo, paciência e companheirismo. Sem dúvida que vocês são especiais!

Aos colegas de curso pelos momentos de aprendizagem que partilhámos, um obrigada muito especial à Ana Massano pela sua companhia nas viagens e partilha de conhecimentos durante as mesmas. Pela sua boa disposição conseguindo transformar situações menos positivas em momentos extraordinários...!

Aos amigos verdadeiros e colegas de trabalho que sempre nos animaram com palavras de incentivo para continuar.

A todos o nosso muito obrigado!

PENSAMENTO

O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem.

Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

Fernando Pessoa

Resumo

Este relatório que surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e da Unidade Curricular Estágio II e Relatório, pretende fazer uma análise e reflexão das competências adquiridas durante o ensino clínico, nos três contextos da prática profissional e aprofundar conhecimentos sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da reeducação funcional motora e sensorial tendo em vista a promoção do auto-cuidado da pessoa em situação de AVC, em contexto hospitalar, através da revisão sistemática da literatura.

Metodologia foi efectuada uma pesquisa na EBSCO (CINAHL Plus with Tx All Text). Foi feita a pesquisa artigos científicos publicados em Texto Integral (03/11/2011), publicados entre 2004/01/01 e 2011/11/01, usando as seguintes palavras-chave: **Rehabilitation Nursing AND Self Care AND Stroke**. Foi utilizado o método de PI[C]O e seleccionados 3 artigos de um total de 123.

Após a revisão sistemática da literatura, constatamos que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito de Reeducação funcional motora e sensorial promove o auto-cuidado da pessoa em situação de AVC em contexto hospitalar. O treino da condição física é fundamental na reabilitação do doente com AVC, pois aumenta a resistência corporal e melhora o estado funcional.

Na nossa da prática relacionada com o estágio em contexto de neurologia não traumática, nomeadamente com pessoas em situação de AVC, verificamos pela sua evolução que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao nível da reeducação funcional motora e sensorial também promoveu o auto-cuidado. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados, foram fundamentais para devolver ao doente a sua autonomia e optimização da capacidade funcional, promovendo comportamentos valorativos do processo de reabilitação fundamentais para a sua independência e conseqüente melhoria na sua qualidade de vida.

Palavras-chave - Nursing Rehabilitation; Self Care; Stroke

ABSTRACT

This report comes under the Master`s Degree in Nursing and Rehabilitation Course and Unit of Post-Graduate Training II and Report. It aims at an analysis and reflection of the skills acquired during clinical training in the three contexts of professional practice and deepen knowledge about the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in the motor and sensory functional rehabilitation with a view to promoting self-care of patients in situations of stroke in the hospital, through the systematic literature review.

Methodology - was carried out research in EBSCO (CINHAL plus with Tx All Text). The research was based in scientific articles published in full text (03/11/2011), published between 01/01/2004 and 01/11/2011, using the following keywords: **Rehabilitation Nursing AND Self Care AND Stroke**. We used the method of PIC©O and selected 3 articles of a total of 123.

After the systematic literature review, we found that the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in the context of functional motor and sensory reeducation promotes self-care of patients in situation of stroke in the hospital. The exercises of the physical condition is the key aspect in the rehabilitation of patients with stroke because in increases body strength and improves functional condition.

In our practice related to the training in the context of non- traumatic neurological, including patients suffering from stroke, we found that its evolution by the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing at the level of motor and sensory functional rehabilitation also promote self-care. The Rehabilitation Nursing care provided to these patients, were essential to optimize their autonomy and functional capacity, promoting behaviours of value of the rehabilitation process, for their independence and consequent improvement in their quality of life.

Keywords - Nursing Rehabilitation; Self Care; Stroke

CHAVE DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD`s – Actividades de Vida Diária

CE – Crânio Encefálico

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

DGS – Direcção Geral de Saúde

ESO - European Stroke Organization

ICN -International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RM – Ressonância Magnética

rt-PA – Factor Activador do Plasminogénio Tecidual Recombinante

TACCE – Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica

TVM – Traumatismo Vertebro Medular

UAVC – Unidade de AVC

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIMC - – Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgica

VV – Via Verde

ABREVIATURAS

consult. - Consultado

ed. - Edição

Nº - Número

p- . Página

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	10
1 - ENQUADRAMENTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	14
2 - DESENVOLVIMENTO DO ENSINO CLÍNICO - ESTÁGIO II	18
2.1 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE NEUROLOGIA NÃO TRAUMÁTICA	20
2.2 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE NEUROLOGIA TRAUMÁTICA	26
2.3 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	30
3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	36
3.1 – A PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	37
3.2 – A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO FACE À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES NO AUTO-CUIDADO DEVIDO A AVC	41
3.3 - METODOLOGIA	45
4 - ANÁLISE E REFLEXÃO	47
5 – CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	60
ANEXO I - PROJECTO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE NEUROLOGIA NÃO TRAUMÁTICA	61
ANEXO II - PROJECTO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE NEUROLOGIA TRAUMÁTICA	62
ANEXO III - PROJECTO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	63
ANEXO IV – PLANO DE CUIDADOS	64
ANEXO V – POSTER “ENFERMAGEM...ARTE DE CUIDAR. CUIDE DOS OUTROS...CUIDE DE SI TAMBÉM...!!!	65
ANEXO VI – CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO PICO	66

ANEXO VII – CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ESTUDOS/ARTIGOS	67
ANEXO VIII –CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE	68
ANEXO IX – PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DE ARTIGOS	69
ANEXO X - ANÁLISE DO ARTIGO “WHAT DOES REHABILITATION AND NURSING CARE IMPLIES FOR PATIENTS WITH STROKE?”	70
ANEXO XI - ANÁLISE DO ARTIGO “TASK-ORIENTED TRAINING IN REHABILITATION AFTER STROKE: SYSTEMATIC REVIEW”	71
ANEXO XII - ANÁLISE DO ARTIGO “THE NATURE OF NURSING CARE AND REHABILITATION OF FEMALE STROKE SURVIVORS:THE PERSPECTIVE OF HOSPITAL NURSES”	72
ANEXO XIII - WHAT DOES REHABILITATION AND NURSING CARE IMPLIES FOR PATIENTS WITH STROKE?	73
ANEXO XIV - TASK-ORIENTED TRAINING IN REHABILITATION AFTER STROKE: SYSTEMATIC REVIEW	74
ANEXO XV - THE NATURE OF NURSING CARE AND REHABILITATION OF FEMALE STROKE SURVIVORS:THE PERSPECTIVE OF HOSPITAL NURSES	75

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e da Unidade Curricular Estágio II e Relatório.

A finalidade do curso visa “Promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e reflexividade da prática.” (ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM, 2009)

A escolha desta área de especialização deve-se fundamentalmente ao gosto pessoal no Cuidar, e pelo facto da Enfermagem de Reabilitação ser dotada de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos com o objectivo de ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida. Segundo GROSSIORD citado por HESBEEN (2003) “a especificidade da reabilitação reside no facto de ela atribuir mais importância ao doente do que à doença.”

O desenvolvimento do Estágio II e Relatório a que se reporta este documento, decorreu em três contextos distintos: pessoas com alterações neurológicas não traumáticas, cujo estágio foi desenvolvido no serviço de Medicina A do Hospital de Torres Vedras; pessoas com alterações neurológicas traumáticas, realizado no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro (Rovisco Pais - Tocha) no serviço Lesionados Vértebro Medulares; e o estágio de opção que foi efectuado em contexto da pessoa em risco de vida, na Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgica (UCIMC) do Hospital Pulido Valente, em Lisboa.

Ao longo dos anos, a Enfermagem tem sofrido mudanças estruturantes, ao nível do seu significado e da sua visibilidade, devido à expansão e desenvolvimento das ciências biomédicas e das próprias mudanças socioeconómicas. Como disciplina científica e profissão, desde sempre se encontrou aliada ao cuidado da pessoa presente na prática. O conceito de cuidar é complexo, mas constitui a essência e a razão maior da Enfermagem.

O domínio do conhecimento do Enfermeiro, em determinada área, passa pelo desenvolvimento de competências em contextos específicos. Neste sentido, a área específica de Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental para obter ganhos em saúde nomeadamente na prevenção de limitações futuras, preservando as capacidades existentes, diminuindo as sequelas da imobilidade, maximizando a autonomia, independência funcional e, conseqüentemente, a qualidade de vida. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um papel fundamental, pois avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade. (REGULAMENTO nº 125/2011)

De entre as alterações à funcionalidade, as alterações a nível motor e sensorial com frequência provocam na pessoa dificuldades na adaptação à nova realidade, pelo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um papel fundamental na equipa de saúde, contribuindo para ajudar o doente a adaptar-se à nova situação de vida, objectivando a melhoria da função motora e sensorial pois nas suas competências, ele identifica as necessidades de intervir para otimizar e ou reeducar a função a nível motor, sensorial ... (REGULAMENTO nº 125/2011)

Das alterações da funcionalidade referenciadas nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, as alterações da função motora e sensorial foram particularmente percebidas nos três contextos de estágio que efectuámos. Assim, é fundamental a intervenção ao nível da reeducação funcional motora e sensorial para a recuperação da pessoa, tendo em vista a promoção do auto-cuidado, pois o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos.” (REGULAMENTO nº 125/2011)

Para além da análise do ensino clínico, este relatório pretende “Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica.” (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM, 2011). Assim, é pela revisão sistemática da literatura, com recurso à metodologia PICO, que se procura aprofundar e reflectir sobre uma temática desenvolvida no estágio através da consulta de bases de dados electrónicas, tendo em vista aprofundar a prática baseando-se na evidência. Da reflexão realizada, resultou a fundamentação dos conceitos delineados para depois, estabelecer relações entre eles, de modo a conhecer melhor o problema, utilizando uma metodologia que irá ser descrita posteriormente.

Ao reflectir globalmente sobre os três contextos de estágio desenvolvidos, decidimos abordar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da reeducação funcional motora e sensorial na promoção do auto-cuidado da pessoa em situação de acidente vascular cerebral (AVC).

A preferência por esta temática, deveu-se ao facto de termos pouco contacto com as pessoas em situação de AVC durante o desenvolvimento da nossa prática profissional, de ser um assunto actual e preocupante e por esta patologia ser responsável por 10% de todas as mortes a nível mundial, sendo a primeira causa de morte e dependência em Portugal, o segundo país da Europa em que existem mais pessoas com AVC. (SÁ, 2009).

Na realidade, o AVC é a “ ... nível mundial, um problema de maior relevância em termos de saúde pública, por constituir a terceira causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos.” DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS 2010)

Durante o desenvolvimento do estágio, pudemos concluir que esta patologia provoca incapacidades irreversíveis e alterações motoras e sensoriais significativas que afectam o auto-cuidado, onde o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é primordial, pois uma das suas competências é ensinar a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de auto-cuidado. (REGULAMENTO nº 125/2011)

Na pessoa em situação de AVC, duas das alterações mais frequentes são as alterações motoras e sensoriais que produzem hemiplegia/hemiparésia, do lado do corpo oposto ao local da lesão cerebral. Esta transformação provocada pela restrição de aporte sanguíneo ao cérebro provoca lesões cerebrais e compromete a função neurológica (HOEMAN, 2000), e requer uma intervenção adequada e atempada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Como referencial teórico de Enfermagem optámos pela Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, pois o seu trabalho tem sido frequentemente aplicado à prática de Enfermagem de Reabilitação. Esta teoria é composta por três teorias relacionadas: (1) a Teoria do Auto-Cuidado, (2) a Teoria do Défice do Auto-Cuidado e (3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. (TOMEY, ALLIGOOD, 2004)

Para qualquer trabalho são estruturados e definidos objectivos, assim para a realização deste relatório propomos:

Objectivos gerais:

➤ - Analisar que competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação foram adquiridas ao longo do ensino clínico, nos três contextos da prática profissional;

➤ - Aprofundar conhecimentos sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da reeducação funcional motora e sensorial tendo em vista a promoção do Auto-Cuidado na pessoa em situação de AVC em contexto hospitalar, através da revisão sistemática da literatura.

Objectivos específicos:

➤ - Analisar as actividades desenvolvidas em cada contexto de estágio.

➤ - Reflectir sobre as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação adquiridas e desenvolvidas nos três contextos de estágio.

➤ - Enquadrar a prática clínica desenvolvida na evidência científica, através da revisão sistemática da literatura e da formulação de uma questão em formato PICO.

➤ - Compreender se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da reeducação funcional motora e sensorial promove o Auto-Cuidado da pessoa em situação de AVC, em contexto hospitalar.

Estruturalmente, este documento apresenta, inicialmente, a introdução onde contextualizamos o ensino clínico e os objectivos do relatório. Seguidamente, apresentamos o enquadramento conceptual da Enfermagem de Reabilitação e, depois, o desenvolvimento e reflexão sobre os contextos de estágios. No terceiro capítulo, abordamos a revisão sistemática da literatura, em que se identificam e definem conceitos de acordo com a metodologia utilizada. Por fim, apresentamos a reflexão e análise, onde procurámos evidenciar os aspectos fundamentais dos artigos e a resposta à nossa pergunta PICO, relacionando esses aspectos com o estágio desenvolvido em contexto de neurologia não traumática, e particularmente com a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do auto-cuidado à pessoa em situação de AVC, em contexto hospitalar.

No que diz respeito à pergunta PICO que formulámos e de acordo com os estudos analisados, podemos dizer que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito de Reeducação funcional motora e sensorial promove o auto-cuidado da pessoa em situação de AVC em contexto hospitalar. Esta realidade foi testemunhada por nós, no doente que acompanhamos em estágio, pois diariamente houve uma evolução surpreendente na realização do auto-cuidado.

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Enfermagem é sem dúvida uma profissão, cujos valores principais passam pela forma do saber estar, ser e fazer, tendo em conta a valorização da pessoa e da vida humana, bem como o respeito pela autonomia e liberdade de escolha, o que requer capacidades específicas indispensáveis ao bom desempenho profissional.

Actualmente, a profissão de Enfermagem tem acompanhado os avanços científicos e técnicos, que lhe proporcionam novas oportunidades, mas também multiplica o alcance das suas responsabilidades, pelo que é primordial a aquisição constante de conhecimentos e o desenvolvimento de novas competências pelos seus profissionais.

Por outro lado, a diversidade de contextos onde o Enfermeiro proporciona cuidados de natureza cada vez mais especializada, e muito específicos, desafiam o Enfermeiro ao desenvolvimento de competências técnicas e científicas cada vez mais diferenciadas.

Em Portugal, a Enfermagem tem evoluído de formas muito diversas, quer a nível profissional, quer no âmbito da formação e dignificação da profissão. No que diz respeito à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde traduziu-se num desempenho profissional cada vez mais complexo, diferenciado e exigente, obrigando à criação de organismos reguladores da prática profissional de Enfermagem, com a finalidade de atingir a excelência dos cuidados prestados.

Na sua prática profissional diária, o Enfermeiro orienta as suas intervenções por princípios definidos pelo Código Deontológico do Enfermeiro, pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996), pela Carreira de Enfermagem, pelas Competências e Padrões de Qualidade, e também pelos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. Decorrente desta atitude, os cidadãos têm a garantia do que podem e devem esperar de cada Enfermeiro (OE, 2009).

Em virtude da necessidade crescente de cuidados de Enfermagem cada vez mais diferenciados, o INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, (ICN, 2009) preconiza

que o Enfermeiro desenvolva a sua intervenção num domínio de cuidados específico, ou seja, aperfeiçoar-se em determinada área constituindo-se como Enfermeiro Especialista nessa área. Na visão desta associação, isto prende-se com o facto do campo do conhecimento em Enfermagem ser demasiado vasto e complexo, não podendo nenhum profissional de Enfermagem ser perito em todos os contextos da prática profissional. Segundo BENNER (2001) “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. A prática é mais do que uma colecção de técnicas”.

Nesta conjugação de factores, e suprimindo uma necessidade ou lacuna, surgiram as Especialidades de Enfermagem, a fim de proporcionar, nas mais variadas áreas de cuidados em saúde, um atendimento e uma prestação de cuidados de qualidade, garantindo o bem-estar e a segurança dos doentes, como podemos verificar na (PORTARIA nº 268/2002), que aprova o Regulamento Geral de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, que visa assegurar a aquisição de competência científica, técnica, humana e cultural adequadas á prestação de cuidados de enfermagem especializados numa determinada área clínica.

O ICN (2009) refere ainda, que a especialização implica um nível maior de conhecimento e habilidade num aspecto particular da Enfermagem, que é maior do que a adquirida num curso base de Enfermagem. Isto revela que a especialização é um caminho pelo qual a prática de Enfermagem se aprofunda e vai refinando, no sentido de tornar cada Enfermeiro, progressivamente, mais competente em determinada área.

Em Portugal, o REGULAMENTO DO EXERCICIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE) foi regulamentado pelo (DECRETO-LEI nº 161/96) e descreve no artigo 4º, que Enfermeiro Especialista é o:

“enfermeiro habilitado com o curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem a quem foi atribuído um título profissional, que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Posteriormente, a Ordem dos Enfermeiros, no seu recente Modelo de Desenvolvimento Profissional, fundamenta a individualização das Especialidades em Enfermagem definindo o perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (OE, 2009 <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>) contempla as competências comuns como sendo as:

“ (...) partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”

Segundo a OE no (REGULAMENTO 122/2011) nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista,

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

Quanto à especificidade da Enfermagem de Reabilitação, HESBEEN (2003) refere que a reabilitação, globalmente, “...combina uma disciplina e um espírito cuja intenção é trabalhar para que as pessoas e as populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade se tornem o mais independente possível...”.

Neste sentido o Enfermeiro de Reabilitação deve possuir conhecimentos e procedimentos específicos que lhe permitam ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, e deste modo preservar a auto-estima. (REGULAMENTO nº 125/2011)

STRYKER (1997) citado em HOEMAN (2000), definiu Enfermagem de Reabilitação como “um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio da doença, ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida.”

No país, no que diz respeito às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o (REGULAMENTO nº 125/2011) refere que a sua intervenção é dirigida a três grandes áreas:

“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”

Daí que, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. (REGULAMENTO nº 125/2011)

Para HOEMAN (2000)

“ Os enfermeiros de reabilitação têm uma obrigação de promover as intervenções preventivas na enfermagem de reabilitação, não só para assegurar que os utentes mantêm as capacidades funcionais, para evitar mais incapacidade e para prevenir complicações, como para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade”

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é um agente de mudança que se encontra inserido no seio de equipas transdisciplinares de saúde, daí, torna-se fundamental ter conhecimentos sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Compete-lhe, também, o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que favoreçam a máxima independência da pessoa, em que esta deve readquirir capacidades e também aprender novas formas de realizar determinadas tarefas, utilizando para isso produtos de apoio que ajudem a compensar a sua dificuldade, sendo indispensável também a identificação de barreiras arquitectónicas existentes no contexto de vida da pessoa, preconizando a sua eliminação objectivando a máxima autonomia.

Neste sentido, o REGULAMENTO nº 125/2011, relativamente às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, refere que este selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); realiza treino específico de AVD's, utilizando produtos de apoio; ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa

A acessibilidade é também um aspecto fundamental que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve ter em atenção no desenvolvimento das suas competências. A acessibilidade é a característica de um meio físico ou de um objecto que permite a interacção de todas as pessoas com esse meio e a sua utilização de forma equilibrada, respeitadora e segura. (OE, 2009)

Assim, é fundamental que sejam criadas condições de acesso, com necessidade de fazer adaptações arquitectónicas para adequar o ambiente às necessidades da pessoa, compensando os défices motores, aumentando a independência funcional, melhorando a qualidade de vida. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação identifica barreiras arquitectónicas e orienta para a eliminação de barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa. (REGULAMENTO nº 125/2011)

2 - DESENVOLVIMENTO DO ENSINO CLÍNICO - ESTÁGIO II

Durante a realização do ensino clínico nos três contextos, algumas actividades desenvolvidas foram transversais, desde a avaliação do doente através da consulta do processo clínico para conhecimento da história actual, dos antecedentes pessoais, o suporte familiar, os exames complementares de diagnóstico e o exame objectivo, utilizando para isso os instrumentos existentes nos respectivos contextos, nomeadamente escalas de avaliação, pois como é referido no (REGULAMENTO nº 125/2011) relativamente às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções cardio-respiratórias; motora, sensorial e cognitiva; alimentação, eliminação vesical e intestinal; sexualidade.”

A realização dos respectivos registos, a participação nas passagens de turno e a pesquisa bibliográfica foram também actividades frequentemente desenvolvidas nos três contextos.

Ao longo do ensino clínico, procurámos ter sempre presente a organização e gestão adequada dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, respeitando sempre as necessidades e prioridades individuais, avaliando de forma contínua as respostas da pessoa, identificando os problemas, planeando e implementando as intervenções de Enfermagem, pois o Enfermeiro Especialista “Gere na equipa de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente. (REGULAMENTO nº 122/2011). A reabilitação para além de permitir enfrentar a situação presente deve preparar para situações que se sabe, ou se teme, que irão acontecer no futuro. (HESBEEN, 2003)

Ao mesmo tempo, íamos reavaliando a situação, permitindo assim, detectar, atempadamente, complicações e garantindo um ambiente seguro, pois o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, “discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade ...”. (REGULAMENTO nº 125/2011)

A realização deste estágio em três contextos de cuidados, sob a supervisão de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foi sem dúvida uma mais-valia para o desempenho futuro como Enfermeira Especialista. Surgiram momentos de reflexão e análise que compartilhávamos com os respectivos Enfermeiros cooperantes, proporcionando oportunidades únicas de desenvolvimento e aperfeiçoamento na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, respeitando o código ético e deontológico da profissão, pois segundo o REGULAMENTO nº 122/2011, o Enfermeiro Especialista suporta a decisão em princípios valores e normas deontológicas.

Todos os contextos foram ricos em experiências e aprendizagem e permitiram adquirir ao longo dos três contextos competências comuns de Enfermeiro Especialista nos quatro domínios, responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (REGULAMENTO nº 122/2011).

Gostaríamos de salientar que as equipas foram extremamente acolhedoras e muito disponíveis, o que contribuiu para a celeridade da nossa integração. A articulação entre os diferentes grupos profissionais era efectuada dentro das elementares regras de respeito pela área de competência de cada um, assim como é privilegiado um clima relacional que propicie um bom ambiente de trabalho, incluindo o próprio doente. A prática da reabilitação, para além das técnicas, requer pessoas, actores e profissionais de saúde aos quais se pede, sobretudo, a qualidade de criar um bom relacionamento com os outros; aquela qualidade humana que proporciona um clima verdadeiramente humanizado. (HESBEEN, 2003)

Ao longo do desenvolvimento dos estágios, procurámos desenvolver atitudes e comportamentos assertivos que facilitassem o "espírito de equipa" pretendendo adoptar posturas, onde o trabalho em equipa fosse mais fácil, positivo e aliciante. Procurámos sempre um diálogo construtivo e positivo onde a partilha de conhecimentos/opiniões fosse uma constante, optimizando sempre a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados aos doentes.

Em cada um dos contextos de estágio foi elaborado um Projecto de Estágio. Este serviu de guia orientador para todos os intervenientes, pois apresentavam os objectivos pessoais delineados e respectivas actividades, aliados sempre a um período temporal definido. (ANEXO I, II, III)

2.1 – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE NEUROLOGIA NÃO TRAUMÁTICA

O desenvolvimento do estágio em contexto de neurologia não traumática foi realizado no Serviço de Medicina A, do Hospital de Torres Vedras, que decorreu de 2 a 27 de Novembro de 2010.

As nossas expectativas relativamente a este bloco de estágio e a este serviço eram elevadas, quer por ser uma instituição com a qual nunca tínhamos contactado, quer pelo próprio serviço, pois no nosso percurso profissional, nunca desempenhámos funções numa enfermaria. Este novo contexto de formação era, além de um desafio, a possibilidade de adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Neste estágio, a nossa intervenção tinha como objectivos prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração neurológica não traumática incidindo especificamente sobre a prestação de cuidados à pessoa em situação de AVC, diagnóstico clínico mais frequente neste serviço, segundo HOEMAN (2000)

“O AVC resulta de uma restrição de aporte sanguíneo ao cérebro, o que provoca lesões celulares e compromisso da função neurológica. Os défices motores caracterizam-se pela plegia ou parésia do corpo oposto ao local da lesão cerebral. As causas mais comuns de AVC são os trombos, as embolias, uma hemorragia secundária a um aneurisma ou um problema congénito.”

A prestação de cuidados de Reabilitação a pessoas em situação de AVC é muito específica, exigindo uma abordagem sempre individualizada pelo que houve necessidade de elaborar planos de cuidados. Neste contexto, consta em anexo (ANEXO IV) um dos planos referentes a um dos doentes que acompanhamos durante este estágio.

Com o decorrer do estágio, fomos adquirindo e desenvolvendo competências na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em situação de AVC, conforme iam surgindo novas e diferentes oportunidades que progressivamente foram contribuindo para melhorar cada vez mais o nível de qualidade e especificidade dos cuidados, procurando incentivar a máxima independência do doente e a melhoria da sua qualidade de vida, pois como refere HOEMAN (2000)

“ Os enfermeiros de reabilitação têm uma obrigação de promover as intervenções preventivas na enfermagem de reabilitação, não só para assegurar que os utentes mantêm as capacidades funcionais, para evitar mais incapacidade e para prevenir complicações, como para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade.”

De entre outras alterações da funcionalidade, a pessoa em situação de AVC pode adquirir alterações motoras e sensoriais, em que a hemiplegia e a hemiparésia são as alterações mais simbólicas.

Segundo HOEMAN (2000) “A hemiplegia é a perda da função do membro superior e inferior de um lado do corpo.” A hemiparésia caracteriza-se pela diminuição da força muscular de um dos lados do corpo. (DGS, 2010)

O grau da função motora afectada é determinado pelo local e extensão da lesão, as alterações sensoriais são um problema supletivo ao défice motor, pois o movimento é coordenado e adaptado de acordo com as mensagens sensoriais. (BRANCO, SANTOS, 2010)

A hemiplegia provoca uma instabilidade da postura, não só em movimento, mas também em repouso, onde, numa primeira fase surge a flacidez do hemicorpo afectado, seguindo-se de um aumento progressivo do tónus, originando o padrão espástico. Segundo BOBATH (1978) citado por HOEMAN (2000)

“descreve três estádios na recuperação após um AVC: um estágio inicial flácido sem qualquer movimento voluntário, substituído por um estágio de espasticidade e padrões de movimento massivo chamados sinergias, e o estágio de relativa recuperação em que a espasticidade declina e em que são possíveis padrões avançados de movimento.”

O padrão espástico surge como consequência da hemiplegia. A espasticidade é uma das condições mais importantes no aparecimento das alterações motoras, sensoriais e do equilíbrio. O seu aparecimento leva a contracturas musculares e a padrões de movimento estereotipados, que originam deterioração motora. (BRANCO, SANTOS, 2010)

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a paralisia, a parésia e a espasticidade são focos da prática de Enfermagem.

“A paralisia é um tipo de movimento muscular com as características específicas: situação anormal que se caracteriza pela perda de função muscular ou perda de sensação, ou por ambas”. “A parésia é um tipo de paralisia com as características específicas: paralisia total ou parcial: perda incompleta ou completa da capacidade de mover partes do corpo.” “a espasticidade é um tipo de Movimento Muscular com as características específicas: contração descontrolada dos músculos esqueléticos, aumento do tono muscular, rigidez muscular e movimentos descoordenados.” (CIPE/ICNP, 2003)

Foi para maximizar a autonomia no auto-cuidado que durante o desenvolvimento do estágio executamos programas de Reeducação Funcional Motora, com particular importância na mobilização, posicionamentos terapêuticos anti-espástico, (actividades terapêuticas como rolar, ponte, facilitação cruzada e auto-

mobilização, treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico), treino de marcha com e sem produtos de apoio e treino de subir e descer escadas), pois o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação implementa programas de (...) reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva....

Durante o estágio, para além da pessoa em situação de AVC, prestámos também cuidados a doentes com outro tipo de alterações com o objectivo de: manter a mobilidade articular, prevenir contracturas musculó-articulares, prevenir deformidades, estimular a circulação de retorno, diminuir a espasticidade, aumentar a resistência, prevenir alterações cutâneas nomeadamente as úlceras de pressão, promovendo sempre o bem-estar e o conforto do doente.

Para nós foi uma surpresa muito positiva a articulação que existe entre a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a Assistente Social, nomeadamente no encaminhamento para o regresso a casa e na distribuição de produtos de apoio disponíveis que o doente pode levar para a comunidade quando tiver alta.

Este foi um aspecto novo para nós pois, na nossa prática clínica diária, desenvolvida numa Unidade de Cuidados Intensivos, esta realidade é diferente, uma vez que o doente tem alta para um serviço dentro do hospital, no entanto, foi muito gratificante e positivo contactar com esta realidade, pois tomamos consciência que a promoção de uma dinâmica centrada no regresso a casa da pessoa, pode representar uma diminuição de custos pessoais, familiares e económicos importantes em cada uma das esferas, bem como uma mais-valia em ganhos na saúde individual e na prevenção de complicações e reinternamentos.

O ensino à pessoa em situação de AVC/família foram sempre um aspecto de preocupação para nós, pelo que, a preparação do regresso a casa teve início logo no primeiro contacto, tendo sempre em conta as dificuldades e particularidades de cada doente, procurando identificar os recursos disponíveis na família e na comunidade, nomeadamente as barreiras arquitectónicas, para assim reforçar aspectos fundamentais, sobretudo os que dizem respeito à prevenção de complicações e a maximização da autonomia, para que desta forma se tornassem o mais autónomos possível no desempenho do auto-cuidado, pois o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “identifica as barreiras arquitectónicas” e “orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa.” (REGULAMENTO nº 125/2011)

Sabemos que a família desempenha um papel fundamental na reabilitação da pessoa em situação de AVC, nomeadamente na continuidade dos cuidados no domicílio. Assim, foi fundamental avaliar a dinâmica familiar, as suas potencialidades, perceber as dificuldades existentes e a sua disponibilidade para o envolvimento nos cuidados ao doente, ao mesmo tempo foi essencial consciencializá-la quanto às limitações do doente, objectivando a adopção de atitudes positivas. A família desempenha um papel importante, como um meio de chegar ao doente e também como principal impulsionadora da continuidade dos cuidados. (BRANCO; SANTOS, 2010)

Segundo o REGULAMENTO nº 125/2011, O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

“Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.”

Neste sentido, foi fundamental a integração da família nos cuidados à pessoa em situação de AVC, pois sabemos que a implementação de um plano de alta visando um regresso a casa tranquilo é elementar para dar resposta às necessidades de ambos, em que o ensino à família é primordial. Segundo a DGS (2010) os objectivos do planeamento da alta são:

“Capacitar o doente e família para o auto-cuidado.
Estimular a maior independência possível.
Promover a adaptação do doente e família ao meio exterior, eliminando barreiras no sentido da satisfação das suas necessidades.
Mobilizar os recursos da comunidade.
Reintegrar o doente no seu ambiente social.”

Podemos verificar que numa das pessoas em situação de AVC que acompanhamos em estágio, cujo plano de cuidados consta no ANEXO IV, tivemos em atenção todos estes aspectos e que o esclarecimento e envolvimento da família sobre processo de Reabilitação do doente bem como a acessibilidade favorecem a participação, autonomia e funcionamento da família, bem como a integração do doente no domicílio e na comunidade com conseqüente melhoria da qualidade de vida de ambos. “Uma família envolvida é essencialmente uma família esclarecida e cooperante, uma família unida e certamente menos ansiosa, mais confiante e responsável pela assistência à Pessoa.” (BRANCO; SANTOS, 2010)

Durante o desenvolvimento deste estágio referenciámos pessoas em situação de AVC através da realização da carta de alta para o Enfermeiro Especialista de

Enfermagem de Reabilitação daquela comunidade, facto muito gratificante, pois sentimos que os nossos cuidados iriam ter continuidade.

A reabilitação tem uma tendência crescente para ser prestada no domicílio, geralmente é vista como a continuação dos programas de reabilitação iniciados em unidades de reabilitação aguda, programas em ambulatório e serviços de reabilitação de doentes crónicos. (HOEMAN, 2000)

Ao transmitirmos a informação por telefone ao Enfermeiro de Reabilitação da comunidade, ficámos com a certeza que aquela pessoa iria usufruir de cuidados de Enfermagem de Reabilitação com qualidade, o que para nós foi muito positivo, pois, como sabemos, existe falta de Enfermeiros Especialistas na comunidade. Temos esperança que esta realidade possa ser colmatada num futuro muito próximo, pois segundo a ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO (APER, 2010)

http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf

“a reabilitação na comunidade tem como objectivos essenciais assegurar que as pessoas mantenham a sua saúde e as com doença crónica, designadamente, as portadoras de deficiência possam desenvolver ao máximo as suas capacidades físicas e mental, garantindo-lhes o acesso aos serviços e às mesmas oportunidades, assim como a serem intervenientes activos na comunidade e sociedade em geral.”

Nos locais onde não existia Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação foi feito o contacto para o Enfermeiro generalista, no sentido de proceder à vigilância e ao reforço do ensino relativamente aos factores de risco. Este aspecto foi fundamental, pois apesar destas pessoas não poderem usufruir de cuidados especializados, tem uma equipa de Enfermagem que pode ajudar a prevenir e a melhorar os seus factores de risco.

A experiência proporcionada por este contexto de Ensino Clínico muito contribuiu para o nosso desenvolvimento quer como pessoa, quer como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, visto ter permitido alargar os nossos conhecimentos, as vivências, as competências, nomeadamente a autoconfiança, as capacidades comunicacionais, o aceitar de desafios e a mudança de comportamentos que irão permitir o nosso enriquecimento na prestação de cuidados, pois como refere HESBEEN (2003) “a experiência em reabilitação proporciona conhecimentos que contribuem para enriquecer qualquer prática de cuidados”.

Podemos afirmar que efectuámos uma curva de evolução crescente, muito gratificante e enriquecedora em termos de metas que pretendíamos atingir perante os objectivos propostos, relativos à nossa postura e desenvolvimento de aprendizagem para

o aperfeiçoamento com o intuito de alcançar a excelência na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

As actividades planeadas e desenvolvidas neste contexto permitiu-nos adquirir competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como definidas no REGULAMENTO nº 125/2011, nomeadamente:

Recolha de informação pertinente e utilização de escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratórias; motora, sensorial e cognitiva; alimentação, eliminação vesical e intestinal; sexualidade;

Avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as Actividades de Vida Diária (AVD`s) de forma independente;

Identificação de factores facilitadores para a realização das AVD`s de forma independente no contexto de vida da pessoa;

Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD`s;

Discussão das alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade com a pessoa/cuidador e defina com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida:

Implementação programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; optimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal);

Ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados no contexto de internamento;

Ensino à pessoa/cuidador técnica específicas de auto-cuidado;

Realização de treino específicos de AVD`s nomeadamente com a utilização de produtos de apoio;

Ensino e supervisão na utilização dos produtos de apoio tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa;

Identificação de barreiras arquitectónicas e orientação para a eliminação de barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa.

Em suma, ao terminar esta etapa, podemos dizer que tomamos contacto com o prazer de continuar a aprender, tendo contribuído para a nossa autonomia e confiança, permanecendo o desejo de manter os níveis de conhecimento actualizados e garantir o desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-se numa experiência singular, que nos permitirá no futuro prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação com qualidade.

2.2 – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE NEUROLOGIA TRAUMÁTICA

O desenvolvimento do estágio em contexto de pessoas com alterações neurológicas traumáticas decorreu no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro (Rovisco Pais - Tocha) no serviço Lesionados Vértebro Medulares, no período de 6 de Dezembro de 2010 a 21 de Janeiro de 2011, com interrupção para férias escolares de Natal, perfazendo um total de 5 semanas.

Com a realização deste estágio num contexto tão específico de pessoas com alterações funcionais decorrentes de traumatismo vértebro medulares, ficámos mais conscientes que as alterações neurológicas traumáticas afectam a independência do ser humano, restringem a sua qualidade de vida e prejudicam sem dúvida a sua dependência. Neste sentido, é na nossa perspectiva pertinente a presença do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação neste contexto, pois a sua intervenção minimiza complicações e sequelas, aumenta a autonomia potenciando a capacidade da pessoa ser reintegrada na sociedade.

A busca da excelência deve ser uma constante em cada acto do Enfermeiro, que se concretiza através do seu aperfeiçoamento profissional e pelo desenvolvimento de competências, daí, se prendeu a escolha deste local de estágio, pois na nossa prática profissional nunca tínhamos contactado com este tipo de realidade, onde a especificidade conduz a momentos de reflexão e de aprendizagem singulares, sustentadas num aperfeiçoamento contínuo, permitindo o crescimento como Enfermeiros e como pessoas.

As expectativas relativamente a este estágio e a este serviço eram elevadas, quer por ser uma instituição com a qual nunca tínhamos contactado, quer pelo próprio serviço, quer pela especificidade em cuidar de pessoas com alterações motoras e sensoriais, nomeadamente com paraplégia e tetraplégia, provocadas por concussão, contusão, laceração, secção transversal, hemorragia e/ou compromisso do aporte sanguíneo a medula espinhal. (OE, 2009)

Este novo contexto de formação era para nós, além de um desafio, a possibilidade de adquirir novos conhecimentos e de desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, inserido num contexto de pessoas com traumatismo vértebro-medular.

A prestação de cuidados durante este estágio tinha como objectivos prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alterações neurológica traumática nomeadamente com Traumatismo Vértebro Medular (TVM). Segundo OE, (2009)

“O TVM (Traumatismo Vertebro-Medular) ocorre quando forças energéticas externas atingem o corpo, de forma directa ou indirecta, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e/ou medula espinhal. A lesão óssea e a LM (Lesão Medular) podem ocorrer por compressão, tracção ou ruptura de tecidos, sendo rara a secção física da medula”

O primeiro contacto não foi fácil, dadas as características particulares, pois tratava-se de pessoas bastante jovens, com lesões completas e que, na verdade, são situações que podem acontecer a qualquer um de nós.

Foi no contacto com esta realidade, que percepcionámos a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, valorizando as necessidades de auto-cuidado, promovendo ao máximo a independência funcional, a auto-estima, o bem-estar e a qualidade de vida e oferecendo um conjunto contínuo de cuidados, que visam compatibilizar a pessoa com a deficiência através de processos de readaptação. O processo de adaptação efectiva a uma lesão vértebro medular é longo e contínuo. A pessoa vive a alteração de diferentes fontes de gratificação, tais como, separação de amigos, ruptura de relação amorosa, alteração dos planos para o futuro, transformações na imagem corporal e na auto-estima. (OE, 2009)

Durante o desenvolvimento deste estágio, ficámos com a certeza de que uma pessoa que sofreu um traumatismo vértebro medular vê o seu percurso de vida ser desviado daquilo que supostamente seria o caminho que idealizou, desmoronando-se assim um projecto de vida, onde é preciso que a pessoa, ainda que diferente, aprenda e consiga aceitar-se e que em cada momento presente da vida, aproveite as oportunidades, crescendo num processo dinâmico e constante em busca de novos desafios, tal como refere HOEMAN (2000) “A enfermagem de reabilitação baseia-se em consistentes fundamentos teóricos e científicos na medida em que se trabalha com os utentes para (...) reforçar comportamentos de adaptação positiva.”

Nesta perspectiva, é fundamental a sua máxima recuperação, maximizando a sua autonomia no que diz respeito ao auto-cuidado, em que é essencial a presença de um

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pois como refere a OE (2009) “Em relação aos profissionais, compete-lhes gerir o necessário rigor dos conhecimentos e das técnicas com a maleabilidade de alguém preocupado em acompanhar Outro no caminho de se recuperar.”

A prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação neste contexto tão específico permitiu o contacto e a aprendizagem do manuseamento com vários produtos de apoio específicos e adequados a cada doente, incentivando sempre para o auto-cuidado através do treino, objectivando a sua máxima independência e mantendo um ambiente seguro. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “realiza treinos específicos de AVD`s, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação). (REGULAMENTO nº 125/2011)

Também HESBEEN (2003) refere que os profissionais de reabilitação têm inúmeras oportunidades para pôr em prática os seus talentos. A atenção que dispensam à pessoa, e não apenas ao seu corpo, faz com que rejeitem que a pessoa é deficiente quando tem uma incapacidade.

Permitiu ainda aprendizagens no que diz respeito ao treino de actividades de vida diária (vestuário, higiene pessoal, alimentação), do controlo de esfíncteres e auto-esvaziamentos, programas de Reeducação Funcional Motora, nomeadamente: posicionamentos terapêuticos, transferências, exercícios de mobilidade articular, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de correcção postural, treino de equilíbrio estático e dinâmico e ainda programas de Reeducação Funcional Respiratória, que se inicia com a avaliação do padrão respiratório. Cada pessoa deve adoptar a frequência, amplitude e ritmo respiratório de acordo com a sua patologia com menor gasto de energia (OE, 2009)

A paraplegia/paraparesia e a tetraplegia/tetraparesia são algumas das alterações motoras e sensoriais resultantes de uma lesão medular como consequência de um traumatismo, que requer na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação conhecimentos sobre toda a situação da pessoa, nomeadamente o tipo de lesão, fixação ou não da fractura vertebral, presença de choque medular, espasticidade, dor, lesões associadas e evolução clínica. (OE, 2009)

Tivemos ainda a oportunidade de assistir a um estudo urodinâmico e ao preenchimento de uma bomba de baclofeno durante o desenvolvimento deste estágio, apesar de serem actos médicos percebemos que é essencial a preparação do doente e do material por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Para

além de observarmos como se realizavam as técnicas anteriormente mencionadas, pudemos testemunhar a amabilidade, atenção, disponibilidade e sobretudo o cuidado através dos gestos meticulosos com que todos os profissionais executavam os respectivos procedimentos, bem como as palavras simples e de afinidade que eram utilizadas com o doente, facto bastante valorizado.

A família é sem dúvida o pilar fundamental destes doentes. Foi fundamental a promoção de um ambiente saudável, com atitudes facilitadoras para o esclarecimento de dúvidas, bem como ensinamentos relevantes e específicos de acordo com as necessidades e ainda a identificação de aspectos que interferem nos processos adaptativos e de transição, mantendo sempre uma postura positiva relativamente à imagem corporal e à máxima autonomia do doente onde a família é sem dúvida muito importante. A disponibilidade da família para participar activamente no processo de aprendizagem reforça o potencial de reabilitação do cliente. (HOEMAN, 2000)

É por isso, que existe neste centro uma unidade de acompanhantes. Trata-se de casas individuais que permitem ao doente permanecer acompanhado pelo familiar onde continua a sua adaptação à nova vida, objectivando a sua independência. Foi sem dúvida fundamental a realização desta actividade no desenvolvimento deste estágio, pois pudemos verificar as condições apresentadas e que são fundamentais, permitindo que a pessoa mantenha os seus objectivos de reabilitação mas com mais privacidade, num ambiente quase familiar.

Quanto à formação, apostámos na elaboração de um poster intitulado “ENFERMAGEM...ARTE DE CUIDAR. CUIDE DOS OUTROS...CUIDE DE SI TAMBÉM...!!! (ANEXO V), onde se aborda a prevenção e a importância da mecânica corporal. A ideia surgiu porque se trata de uma equipa de Enfermagem jovem, em que observámos algumas posturas incorrectas e porque actualmente, surgem cada vez mais lesões músculo esqueléticas na nossa profissão. Para a preparação do poster foi necessário pesquisar bibliografia e aprofundar conhecimentos sobre a temática, facto muito positivo. De salientar que o poster teve uma excelente receptividade por parte da equipa.

Apesar dos objectivos do estágio serem direccionados para a área da neurologia traumática, consideramos essencial o facto de ter surgido a oportunidade de observar os doentes externos com patologia respiratória e que são seguidos na Unidade de Ambulatório. Apesar de terem sido apenas dois turnos foi bastante positivo, dado que houve contacto com programas individualizados de reeducação funcional respiratória

adaptados á pessoa e que nos permitiu aprofundar mais alguns conhecimentos nesta área.

Durante o desenvolvimento deste estágio adquiri novas competências para além das que já tinha alcançado no estágio anterior e que são mencionadas no REGULAMENTO nº 125/2011, especificamente:

Avaliação do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade;

Avaliação dos aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e incapacidade;

Ensino, instrução e treino sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa.

Acreditamos ter conseguido transformar cada dificuldade sentida num incentivo, buscando alternativas e encarando de forma positiva este estágio desde o primeiro momento. Trouxemos muitos conhecimentos que irão mudar de forma decisiva o modo como passaremos a prestar cuidados, ou seja com outro nível de saber e competências, respeitando sempre a singularidade da pessoa, e tendo por base o que refere HESBEEN (2003)

“ A reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular, o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo – regresso do mesmo a confundido normalidade – deixam de ser possíveis. Este interesse pelo outro não pode ser confundido com a ajuda que se presta a um indivíduo indeterminado; é um interesse particular, requerido pela singularidade da existência de determinada pessoa.”

Este é sem dúvida o ponto de partida, pois só desta forma, é possível chegar cada dia um pouco mais longe, procurando mais em nós e nos outros, compreendendo o significado de cada passo dado, de cada dificuldade ultrapassada, de cada vitória conseguida.

2.3 – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Este estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgica (UCIMC) no Hospital Pulido Valente no período de 28 de Fevereiro a 26 Março de 2011, perfazendo um total de 4 semanas.

A escolha deste contexto de estágio, prendeu-se com o facto de na nossa prática diária exercermos funções numa Unidade de Cuidados Intensivos. Tornando-se assim importante a partilha de experiências neste contexto, pretendendo aprofundar conhecimentos no sentido de obter mais competências, relacionadas com a prestação de

cuidados em Enfermagem de Reabilitação integrado numa equipa interdisciplinar no âmbito da pessoa em estado crítico.

A criação de Unidades de Cuidados Intensivos aliada aos avanços da Medicina e a existência de sofisticados equipamentos de suporte de vida, permitem actualmente a sobrevivência de um número cada vez maior de doentes. Frequentemente, encontramos nas UCI doentes que requerem cuidados de grande complexidade, sendo cada vez mais frequentes as patologias e distúrbios que exigem do Enfermeiro a prestação de cuidados de Enfermagem com maior especificidade e diferenciação, associada a um elevado desenvolvimento tecnológico e material.

Durante o desenvolvimento deste estágio num contexto tão específico de doentes em estado crítico, tomamos consciência da importância da avaliação contínua que nos permite prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação em segurança e individualizados, sempre articulados com os cuidados de Enfermagem gerais, pois economiza-se tempo, facilita a continuidade de cuidados e evita manipulações excessivas em determinadas situações, evitando assim risco de complicações para o doente.

É assim na nossa perspectiva bastante pertinente a presença do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nesta área, pois a sua intervenção minimiza complicações e sequelas, prestando cuidados de qualidade para que assim os doentes consigam adquirir autonomia para ultrapassar as barreiras existentes com vista à melhoria da sua independência funcional, e conseqüentemente melhoria da qualidade de vida.

Como nos estágios anteriores, também aqui as motivações e os desafios eram grandes, pois apesar de ser uma instituição com a qual nunca tínhamos contactado, o serviço é a realidade da nossa prática diária e como tal as expectativas relativamente à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação neste contexto eram enormes.

Apesar dos anos de experiência profissional, desempenhando funções numa Unidade de Cuidados Intensivos, este ensino clínico foi sem dúvida uma mais-valia para o enriquecimento pessoal/profissional no exercício da profissão, pois para além da aquisição de competências específicas em Enfermagem de Reabilitação, possibilitou a partilha aberta e verdadeira de experiências e modos distintos de fazer, numa estratégia de aprofundamento e reforço das competências fundamentais para a correcta e adequada prática de cuidados de saúde especializados.

Inicialmente e através da observação da intervenção da Enfermeira Cooperante, percebemos que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação devem ser adaptados à situação clínica do doente crítico, sendo indispensável a individualização dos mesmos e devendo sempre atender à gravidade bem como à avaliação permanente destes, pois como refere ALEIXO (2007), o doente de alto risco, é aquele cuja vida está ameaçada por complicações que podem surgir em resultado de uma afecção, levando à falência de um ou vários órgãos e que necessita de cuidados imediatos e diferenciados, além de observação contínua para detectar e prevenir precocemente as complicações.

A nossa prestação de cuidados durante este estágio e uma vez que se tratou do estágio de opção, tinha como objectivos desenvolver competências na prestação de cuidados em Enfermagem de Reabilitação à pessoa em estado crítico internada numa UCI.

Com a criação das UCIs novos horizontes se abriram para o tratamento dos doentes considerados em estado grave e de alto risco, proporcionando resultados compensadores. Dotadas de características físicas que propiciam maior vigilância e controle dos doentes, as UCIs centralizam recursos humanos e materiais que permitem um atendimento eficaz, com base numa filosofia de trabalho definida e que devido à gravidade dos seus doentes, são locais onde as forças da vida e da morte estão em constante luta.

Neste sentido, tomamos consciência que a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação num contexto tão diferenciado, exige do Enfermeiro um elevado nível de especialização, com conhecimentos altamente actualizados, diferenciados e muito sólidos sobre os cuidados a prestar, bem como sobre toda a situação clínica do doente, objectivando uma prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação de forma sistematizada e o mais precoce possível, preservando as capacidades existentes, diminuindo as sequelas da imobilidade, prevenindo limitações futuras, contribuindo para a melhoria da ventilação/perfusão, para o levante o mais prematuro possível e conseqüentemente uma diminuição do tempo de internamento na UCI.

Ao planear as nossas intervenções, tivemos sempre presente as características individuais do doente, atendendo sempre à gravidade e avaliação permanente, em que se torna fundamental a adaptação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à situação clínica do doente no momento e onde as técnicas são algumas vezes utilizadas de forma modificada.

Em doentes com ventilação mecânica foi sempre fundamental ter em conta os parâmetros do ventilador, tais como: modo ventilatório, débito de oxigénio, volume corrente, pressão positiva no final da expiração, frequência respiratória e pressão do Cuff.

Estes aspectos são fundamentais para perceber que cuidados podemos e devemos prestar ao doente ventilado, onde é fundamental trabalhar os músculos respiratórios para melhorar a performance respiratória, bem como incentivar o doente a tossir com o intuito de manter permeabilidade das vias aéreas, promover a expansão pulmonar, assim como prevenir aderências pleurais melhorando a relação ventilação/perfusão.

Participamos ainda no desmame ventilatório e na extubação, em que percebemos como é importante a presença do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pois para além da rigorosa monitorização dos parâmetros vitais, objectiva-se ainda, a melhoria da capacidade respiratória, a promoção da autonomia dos movimentos respiratórios, a melhoria do reflexo da tosse e a tolerância ao esforço.

Nestes doentes de alto risco, a imobilidade é uma necessidade que deve ser respeitada, pois estes doentes têm um elevado grau de dependência, uma instabilidade e risco de vida constantes. Assim, a imobilização apesar de na maioria dos casos ser apenas transitória, leva a uma redução da actividade muscular com diminuição da capacidade funcional do sistema musculo-esquelético. Perante o repouso completo no leito um músculo pode perder 10% a 15% da força muscular numa semana ou 1% a 3% por dia. Um doente que permaneça 3 a 5 semanas no leito pode perder metade da força muscular. (PARADA, PEREIRA, 2003)

Assim, durante o desenvolvimento deste estágio, foi essencial a realização de programas de reeducação funcional motora o mais precocemente possível, adaptados a cada doente, em que é primordial avaliar o estado da função motora, nomeadamente a massa muscular, mobilidade das articulações e postura, objectivando a prevenção das alterações osteo-articulares e neuro-musculares, diminuição da dor articular provocada pela imobilidade, prevenção da estase venosa.

Durante os posicionamentos e as transferências dos doentes, interiorizamos a importância dos mesmos, tendo sempre presente, uma distribuição homogénea da massa corporal, o alinhamento dos segmentos corporais, manter as articulações em posição funcional, respeitar as amplitudes articulares normais e prevenir úlceras de pressão.

Sempre que possível o doente era estimulado para o auto-cuidado, pois como refere HOEMAN (2000), “o auto-cuidado é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais.”

Mais uma vez, reforçamos o facto de em todos os cuidados prestados termos em atenção a tolerância do doente, pois os cuidados de Enfermagem de Reabilitação nestes doentes não são diferentes, diferentes são os doentes a quem os prestamos, assim esses cuidados dependem sem dúvida da gravidade, da avaliação permanente e da adaptação do doente aos mesmos.

Neste ambiente terapêutico e tecnológico de cuidados diferenciados, convivem também as famílias dos doentes em estado crítico que necessitam do nosso apoio, assim foi fundamental demonstrar atitudes facilitadoras, esclarecendo dúvidas de acordo com as necessidades, mantendo sempre uma postura positiva relativamente à situação vivenciada no momento.

Perante todas as oportunidades e vivências que desenvolvemos, reconhecemos que prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Cuidados Intensivos, exige uma observação e tomada de decisões rápida e consciente, uma eficiência no desempenho, um estabelecimento de prioridades e uma destreza e dinamismo na execução de procedimentos, adaptando a prática às necessidades do doente, tendo sempre presente a sua individualidade.

A experiência proporcionada por este estágio muito contribuiu para o nosso desenvolvimento quer como pessoas, quer como Enfermeiros Especialistas, pois permitiu alargar o conhecimento, as vivências, as competências, a autoconfiança, o aceitar de desafios e a mudança de comportamentos, que se relacionam com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação que futuramente prestaremos aos doentes na nossa prática diária.

Sentimo-nos realizados, foram adquiridas e aprofundadas as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que se encontra integrado numa equipa interdisciplinar de uma Unidade de Cuidados Intensivos, contexto este muito específico e diferenciado, pelo que o consideramos extremamente válido nas competências técnicas e humanas, onde se perspectiva uma prestação de cuidados de qualidade, para que os doentes consigam ultrapassar este período difícil da sua vida com vista à melhoria da sua independência funcional, pois o Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Reabilitação “maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa”. (REGULAMENTO nº 125/2011)

As competências alcançadas nos estágios anteriores foram essenciais para o desenvolvimento das aprendizagens neste contexto tão específico. De acordo com o REGULAMENTO nº 125/2011 foram adquiridas as seguintes competências:

Avaliação do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação;

Fazer o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da realização das AVD`s;

Discussão das práticas de risco com pessoa, concebendo planos, seleccionando e prescrevendo as intervenções para a redução do risco da alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação;

Implementação de planos de intervenção para a redução do risco de alterações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação.

Neste sentido, estamos plenamente conscientes que é essencial no Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que exerce a sua profissão numa Unidade de Cuidados Intensivos, o desenvolvimento de uma atitude reflexiva, sustentada num consciente e progressivo processo de construção e desenvolvimento de competências. Deve partir-se do nível do “saber ser” para uma mudança de atitudes implementadas no “saber fazer”, implicando o desenvolvimento de aptidões no “saber intervir”. Preconiza-se desta forma, o desenvolvimento da capacidade de análise para “saber mais”, “saber fazer melhor” e “saber ser diferente”.

3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Reconhecemos que o desenvolvimento do cuidar é hoje uma exigência não só para a profissão, mas fundamentalmente para quem recebe os cuidados, tornando-se fundamental o desenvolvimento do conhecimento científico, baseado na melhor informação possível. Assim, poderemos desenvolver toda a nossa prática de cuidados baseada na utilização sistemática dos resultados de investigação, objectivando uma Enfermagem Avançada, para isso é necessário que os Enfermeiros desenvolvam competências nesta área, de forma a responder positivamente a estes desafios.

Neste sentido, um dos objectivos definidos pela escola para a realização deste relatório foi “Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática” (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM, 2011).

Durante o desenvolvimento dos estágios muitas foram as actividades realizadas e que poderíamos abordar neste capítulo, no entanto, a escolha recaiu sobre as intervenções no âmbito da reeducação funcional motora e sensorial, fundamentais na promoção do auto-cuidado e que foram transversalmente desenvolvidas nos três contextos.

Como referido anteriormente, a hemiplegia/hemiparésia são, entre outras, alterações motoras e sensoriais muito frequentes na pessoa em situação de AVC. A paraplégia/paraparésia e a tetraplégia/tetraparésia são também alterações motoras e sensoriais que surgem após uma lesão medular. A imobilidade provocada pela situação grave da pessoa em estado crítico pode levar também a alterações motoras e sensoriais.

Na revisão sistemática da literatura, para além da intervenção e dos seus resultados obtidos, é fundamental a existência de uma população, tal como é referido no documento orientador para a elaboração deste relatório, relativamente a um dos objectivos, “criticar os resultados da prática baseada na evidência relevantes para a intervenção de enfermagem a um grupo específico de clientes” (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM, 2011).

Nesta sequência, optámos pelos doentes com hemiplegia/hemiparésia. A recuperação da sua função motora e sensorial é fundamental para promover o auto-cuidado. A escolha desta temática, deve-se ao facto de termos testemunhado a dificuldade que representa para estes doentes a realização das actividades relacionadas com o auto-cuidado.

Por vezes, apenas pequenos gestos que para nós nada significavam, mas que tornando-se num dos objectivos concretizados, tem para eles um significado absolutamente extraordinário, permitindo de forma evolutiva que a pessoa consiga atingir a máxima independência e conseqüente qualidade de vida. A sua qualidade de vida pressupõe um nível elevado de adaptação com diminuição da incapacidade no menor tempo possível. (BRANCO, SANTOS, 2010)

Seguidamente, iremos abordar os conceitos delineados que surgiram da problemática, através de uma breve conceptualização, seguindo-se depois a metodologia utilizada.

3.1 – A PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

No Século XXI, com o grande desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico que se tem verificado principalmente nas últimas décadas, assistimos a um aumento da esperança de vida, envelhecimento progressivo da população e uma maior incidência e prevalência de doenças, nomeadamente o Acidente Vascular Cerebral.

“No estudo levado a efeito pela Direcção-Geral da Saúde em 1996, verificou-se que 13,8% dos doentes já tinham uma incapacidade muito grave antes do AVC, 59,3% estavam independentes e 15,0% tinham uma incapacidade ligeira. Três meses após o AVC constatou-se que 24,0% tinham ficado gravemente incapacitados, 30,8% ficaram independentes e 18,2% ficaram com incapacidade ligeira.” (PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC, 2001)

Segundo SÁ (2009), “está calculado que no nosso país, seis pessoas em cada hora, sofre um AVC e que duas a três morrem em consequência desta doença. Em termos genéricos, o número de vítimas mortais por mês em Portugal equivale à queda de um avião (mais de 500 pessoas) e, por ano os AVCs são responsáveis pela morte de 200 em cada 100.000 portugueses.”

A expressão Acidente Vascular Cerebral refere-se a um conjunto de sintomas de deficiência neurológica, resultante de lesões cerebrais, provocadas por alterações da irrigação sanguínea.

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, (OMS, 2003)

<http://www.acidentevascularcerebral.com/causas-do-avc.html> defende que:

“O AVC é provocado por uma interrupção no suprimento de sangue ao cérebro e ocorre quando uma artéria que fornece sangue ao cérebro fica bloqueada ou se rompe(...) as causas mais frequentes de AVC compreendem os enfartes cerebrais, a hipertensão arterial, a hemorragia cerebral, a malformação dos vasos sanguíneos, os tumores cerebrais, os traumas e outras situações diversas.”

BRUNNER E SUDDARTH (2002) descrevem o “AVC como uma perda súbita da função cerebral em decorrência da ruptura do aporte sanguíneo para uma região do cérebro”. Para as mesmas autoras o AVC pode ser dividido em duas categorias: hemorrágicos (15%) e não hemorrágicos (85%).

Como manifestações clínicas observa-se, dormência ou fraqueza da face, braços ou pernas, especialmente de um lado do corpo, confusão ou alteração no estado mental, dificuldade na linguagem, dificuldade em deambular, perda de equilíbrio ou coordenação, distúrbios visuais e cefaleia grave e súbita. (BRUNNER E SUDDARTH, 2002)

A pessoa que sofre um AVC vê-se confrontada com várias alterações e conseqüentemente implicações na sua vida, como a seguir se identificam:

Alterações motoras - a hemiplegia é a alteração mais figurativa e visível do AVC e ocorre no lado contra lateral à região do cérebro afectado. Numa fase inicial o hemicorpo afectado apresenta-se flácido sem movimentos voluntários. O retorno da função muscular é acompanhado pelo desenvolvimento de um padrão espástico. (BRANCO, SANTOS, 2010)

Alterações da função sensorial – défices sensoriais superficiais (táctil, térmica e dolorosa), proprioceptivos (diminuição da sensação e noção de posição e de movimento que se devem à diminuição da sensibilidade profunda) e visuais (diminuição da acuidade visual, hemianópsia, diplopia e agnosia) e ainda alterações auditivas (diminuição acuidade auditiva ou hipersensibilidade ao som). (BRANCO, SANTOS, 2010)

Alterações da função perceptiva – os distúrbios de percepção mais frequentes são: posição no espaço, constância da forma, figura de fundo, percepção da profundidade, relações espaciais e orientação topográfica. A apraxia, e as alterações de

comunicação nomeadamente a afasia e a disartria são também comuns. (BRANCO, SANTOS, 2010)

Alterações de comportamento – perturbações da capacidade de ter um comportamento intelectual e de controlar as suas próprias acções, caracterizadas por ausência de iniciativa, diminuição do interesse e negativismo. Pode ainda ocorrer diminuição do apetite, diminuição da libido e alterações do sono-vigília. (BRANCO, SANTOS, 2010)

Dificuldade para a alimentação – disfagia que provoca incapacidade de beber, comer, mastigar e engolir. (BRANCO, SANTOS, 2010)

Alteração da eliminação – pode apresentar bexiga desinibida (neurogénica), incontinência de urgência e obstipação. (BRANCO; SANTOS, 2010)

A viabilidade do tratamento eficaz dos doentes com alterações motoras provocadas por AVC depende directamente do conhecimento dos seus sinais e sintomas pela população, da agilidade dos serviços de emergência, incluindo o atendimento pré-hospitalar, e das equipas clínicas, que deverão estar conscientes quanto à necessidade da rápida identificação e tratamento. Assim, segundo o (DESPACHO nº 16415/2003) “ A avaliação e tratamento global dos doentes com AVC, de causa isquémica (os mais frequentes) ou causa hemorrágica, passa pelo seu diagnóstico rápido e seguro, pela elaboração de lista de problemas e definição das suas prioridades.”

Para a EUROPEAN STROKE ORGANIZATION (ESO, 2008)

O conceito “Tempo é cérebro” significa que o tratamento do AVC deve ser considerado como uma emergência. Assim, o objectivo principal na fase pré-hospitalar dos cuidados agudos no AVC deve ser evitar atrasos. Isto tem implicações importantes em termos do reconhecimento de sinais e sintomas do AVC pelo doente, por familiares ou por testemunhas, na natureza do primeiro contacto médico e no meio de transporte para o hospital.”

Segundo a DGS, (2010) a Via Verde (VV) do AVC foi criada “para agilizar os procedimentos no transporte do doente do local onde se inicia o quadro vascular até à porta da unidade hospitalar e desta até à administração daquela terapêutica (...) nas suas componentes extra e intra-hospitalares.”

Após o transporte do doente até ao hospital é fundamental existir uma equipa especializada para poder dar resposta às necessidades agudas da pessoa que acabou de sofrer um AVC, assim surgiu a Unidade de AVC (UAVC), que “designa um sistema de organização de cuidados prestados aos doentes com AVC numa área geograficamente bem definida.” (PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC, 2001)

Segundo a EUROPEAN STROKE ORGANIZATION (2008), “Uma unidade de AVC consiste numa área definida de uma enfermaria hospitalar que, exclusivamente ou praticamente exclusivamente, cuida de doentes com AVC e dispõe de uma equipa multidisciplinar especializada.”

A existência de pessoas em situação de AVC dispersos por várias enfermarias demonstrava que os doentes não usufruíam das sinergias que podem resultar de uma intervenção multiprofissional, pelo que houve necessidade de equacionar as novas abordagens ao problema que passam por melhores cuidados durante o internamento, melhor acompanhamento em ambulatório e por imprescindível articulação com outras instituições. (PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC, 2001)

Vários estudos têm demonstrado que as UAVCs são as novas formas organizativas dos serviços que contribuem para mais ganhos em saúde, com a finalidade de reduzir o internamento, a incapacidade funcional e as complicações, cujos objectivos são: iniciar precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação; prevenir o agravamento do AVC; identificar factores de risco, implementar medidas preventivas do AVC recorrente, prevenir complicações, tratar situações co-mórbidas, desenvolver um plano de alta e de *follow-up* adequados (PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC, 2001)

Qualquer tipo de tratamento deve ser implementado, tendo em conta a fase de desenvolvimento da doença, o tipo de AVC, o grau de extensão da lesão, bem como o tipo de doente, no que diz respeito à terapêutica deve-se actuar conforme as necessidades do doente evitando e prevenindo riscos e complicações.

Para a EUROPEAN STROKE ORGANIZATION (2008),

“A expressão “tratamento geral” refere-se a estratégias terapêuticas que visam estabilizar o doente crítico, a fim de controlar problemas sistémicos que possam afectar a recuperação do AVC; o controlo destes problemas é uma parte central do tratamento do AVC. O tratamento geral inclui cuidados respiratórios e cardíacos, controlo metabólico e dos fluidos, controlo da pressão arterial, a prevenção e o tratamento de situações como convulsões, tromboembolismo venoso, disfagia, pneumonia de aspiração, outras infecções, ou úlceras de pressão, e ocasionalmente o controlo de pressão intracraniana elevada. “

Para o tratamento do AVC isquémico “a terapêutica trombolítica com rt-PA (0,9 mg/kg peso corporal, dose máxima 90mg) dada dentro de 3 horas após a instalação do AVC, melhora significativamente o prognóstico de doentes com AVC isquémico agudo”. (EUROPEAN STROKE ORGANIZATION, 2008)

Quanto ao tratamento do AVC hemorrágico é sobretudo de suporte com manutenção da via aérea, oxigenação e nutrição. O tratamento cirúrgico é recomendado nos casos de hemorragia cerebelosa. (BRANCO, SANTOS, 2010)

É muito importante na pessoa em situação de AVC a prevenção e tratamento de complicações, nomeadamente, pneumonia de aspiração, trombose venosa profunda e embolia pulmonar, úlceras de pressão, convulsão, agitação, quedas, infecções do aparelho urinário e incontinência, disfagia e alimentação. (EUROPEAN STROKE ORGANIZATION, 2008)

Quanto à reabilitação, esta deve ser considerada um meio de extrema importância para a recuperação das pessoas em situação de AVC, pois “A reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice, para obterem e manterem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais óptimas (...) Os objectivos da reabilitação variam desde o objectivo inicial de minimizar o défice, às intervenções mais complexas destinadas a encorajar uma participação activa.” (EUROPEAN STROKE ORGANIZATION, 2008)

A reabilitação deve ser realizada ao nível motor, sensitivo, cognitivo e da comunicação pelo que é fundamental a intervenção de “equipas multidisciplinares coordenadas” (EUROPEAN STROKE ORGANIZATION, 2008), onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel fundamental.

3.2 – A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO FACE À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES NO AUTO-CUIDADO DEVIDO A AVC

O conceito de doente como parceiro é o centro dos cuidados no paradigma da Enfermagem de Reabilitação. A pessoa é vista como um todo, capaz de pensar, agir, sentir, participar, tomar decisões sobre si mesmo, no seu processo de saúde/doença.

É neste sentido que enaltecemos o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como o profissional capaz de identificar, compreender e potenciar a pessoa na satisfação das suas necessidades, caminhando com ela, no sentido de promover a sua autonomia, descobrir o que faz sentido, o que dá sentido ao que exprime sobre a forma de expectativas, desejos ou dificuldades, pois como refere HESBEEN (2003)

“A finalidade da reabilitação inscreve-se na complexidade do ser humano e no que há de aleatório na vida de todas as pessoas. Esta finalidade só pode ser atingida através de um projecto de cuidados realista e de conjunto. Pressupõe que mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de melhorá-lo e ajustá-lo às situações. Este olhar que ultrapassa aquilo que os olhos podem ver, demonstra o interesse real pela pessoa do outro.”

A grande incapacidade psicomotora que o AVC provoca na pessoa, leva a dificuldades de adaptação a esta súbita mudança na sua vida favorecendo a procura de cuidados de saúde. Neste sentido, é fundamental uma rápida intervenção dos serviços de saúde e uma resposta eficiente dos profissionais inseridos neste contexto, onde se inclui o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, desafiando-o ao desenvolvimento de competências técnicas e científicas cada vez mais diferenciadas.

É de extrema importância que a reabilitação da pessoa vítima de AVC, se inicie o mais precocemente possível, pois o grande objectivo da reabilitação é obter o grau máximo de independência física e psicológica, devendo o doente desenvolver um nível de independência funcional não só no hospital mas também na família e na comunidade. Para a EUROPEAN STROKE ORGANIZATION (2008)

“O início precoce da reabilitação é uma característica fundamental dos cuidados prestados nas unidades de AVC mas existe uma falta de consenso quanto à definição de “início precoce” (...) Um estudo de reabilitação nas primeiras 24 horas, sugere que a terapia física imediata é bem tolerada sem se verificar um aumento de efeitos secundários.”

A intervenção da reabilitação permite minimizar os défices, melhorar a funcionalidade e facilitar a integração sócio-familiar e profissional. (DGS, 2010)

O doente com hemiplegia/hemiparésia apresenta dificuldades para a realização do auto-cuidado. As habilidades adquiridas para a sua realização vão promover a independência. Este longo caminho requer uma adaptação gradual às incapacidades e uma reaprendizagem em várias actividades, ao mesmo tempo que permitem o desenvolvimento da pessoa e enfatizam as capacidades para o auto-cuidado, objectivando-se uma vida o mais autónoma possível. Os programas que promovem o auto-cuidado na pessoa com hemiplegia/hemiparésia têm como objectivo um pleno desenvolvimento físico. Ao activar o potencial do hemisfério cerebral não afectado, o indivíduo utiliza esse lado, para ultrapassar os compromissos funcionais devido à hemiplegia. (HOEMAN, 2000)

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é de extrema importância na reabilitação do doente com hemiplegia/hemiparésia. O processo de recuperação tem início desde a sua admissão, passada a fase aguda, neste sentido torna-se necessário fazer face a um longo e lento processo de aprendizagem, utilizando

ao máximo as capacidades que restam ou podem ser reaprendidas, fazendo um ajuste às limitações do doente. O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas com AVC depende de um “crescimento” lento, repetitivo, persistente, com rotinas de exercícios que devem respeitar a capacidade individual da pessoa.” (BRANCO, SANTOS, 2010)

O sucesso de todo o processo de reabilitação deve assim passar pela motivação e envolvimento da pessoa com AVC e ainda por uma correcta avaliação. Nesta avaliação o Enfermeiro de Reabilitação deve monitorizar pontos como, o estado de consciência, a reacção pupilar, os pares cranianos, a amplitude de movimentos, a força muscular, a coordenação de movimentos, a mobilidade, o tónus muscular, a sensibilidade superficial e profunda, as capacidades motoras, assim como a presença de dor, concluindo-se o grau de dependência que o doente apresenta para a realização do auto-cuidado, sendo fundamental a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no sentido de o ajudar a realizar as actividades ao mais alto nível funcional, demonstrando como e quando devem utilizar os dispositivos de compensação, promovendo assim o auto-cuidado.

O caminho percorrido por estes doentes do pólo da dependência para o da independência, é constantemente acompanhado pelo Enfermeiro que vigia todas as alterações ocorridas, adaptando a necessidade de produtos de apoio a cada dia que passa, de acordo com a evolução apresentada pelo doente, pois como é referido nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (...) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.” (REGULAMENTO nº 125/2011)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve planear, desde o início, todos os seus cuidados como forma de minimizar, ou se possível, contrariar o aparecimento do padrão espástico. A sua atitude passa pela adopção de posturas inibitórias da espasticidade. (BRANCO, SANTOS, 2010)

O correcto posicionamento em padrão anti-espástico, as mobilizações, as actividades terapêuticas (ponte, auto-mobilizações, rolar, facilitação cruzada carga cotovelo, treino de equilíbrio), as transferências, o treino de marcha, o treino de actividades de vida, são aspectos que se revestem de grande importância para a promoção do auto-cuidado neste tipo de doentes.

Os objectivos da reabilitação vão no sentido de ajudar o doente a adquirir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas actividades de auto-cuidado. (HOEMAM, 2000)

A CIPE/ICNP (2003), descreve o Auto-cuidado como um tipo de Acção, que é definida como um tipo de Fenómeno de Enfermagem da Pessoa com as seguintes características específicas: “maneira como cada um actua, cuida ou se comporta, explicada e compreendida por meio de razões expressas”. Refere ainda que o Auto-cuidado é um tipo de Acção Realizada pelo Próprio, tendo esta Acção Realizada pelo próprio as seguintes características específicas: “feito, acção ou comportamento dependente de cada um e que pode ser executado pelo próprio, mas não necessariamente sozinho”. Relativamente ao Auto cuidado, este é definido como um tipo de Acção Realizada pelo Próprio, apresentando as seguintes características específicas: “tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida”

Para Dorothea Orem o auto-cuidado” é uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.” (TOMEY, ALLIGOOD, 2004)

A teoria Geral de Orem é formada por três construtos teóricos inter-relacionados: a teoria do auto-cuidado, a teoria do défice do auto-cuidado e a teoria dos sistemas de Enfermagem. Na teoria do auto-cuidado é abordada a prática de cuidados realizados pelo indivíduo “em benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal. (TOMEY, ALLIGOOD, 2004) É reconhecido como uma habilidade humana, em que a sua execução está directamente ligada às condições que cada pessoa possui para se auto-cuidar.

A teoria do défice do auto-cuidado determina quando devem ser utilizados os cuidados de Enfermagem, “fornece orientações para a selecção de métodos de auxílio e compreensão do papel do doente no auto-cuidado.” (TOMEY, ALLIGOOD, 2004)

A Enfermagem é necessária quando a pessoa é incapaz ou tem limitação para a realização do seu auto-cuidado, assim nesta teoria são identificados cinco métodos usados pelos Enfermeiros para ajudar os utentes:

- 1 - Actuar por ou fazer por outrem
- 2 - Orientar e dirigir
- 3 - Fornecer apoio físico e psicológico
- 4 - Proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal
- 5 - Ensinar (TOMEY, ALLIGOOD, 2004)

A teoria dos sistemas engloba a teoria do défice do auto-cuidado e a capacidade da pessoa para executar acções de auto-cuidado. Orienta as práticas de cuidados de Enfermagem articulando as suas próprias intervenções com as da pessoa, sempre orientadas pela necessidade de auto-cuidado. O sistema de Enfermagem é baseado nas necessidades de auto-cuidado e nas capacidades da pessoa para desempenhar as suas actividades. Quando ocorre um défice no auto-cuidado, é requerido o cuidado de Enfermagem.

A pessoa em situação de AVC apresenta défices no auto-cuidado, possuindo no entanto capacidades e potencialidades para reaprender e ou ampliar as acções de auto-cuidado, para isso, torna-se necessário ensinar, estimular e orientar continuamente, até que a pessoa se torne o mais independente possível, a fim de estabelecer a saúde e ou mantê-la em níveis satisfatórios.

3.3 – METODOLOGIA

Baseado nos estágios desenvolvidos, a aquisição de competências no contexto de neurologia não traumática, nomeadamente o doente com hemiplegia/hemiparésia, foi sem dúvida marcante no desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, onde a reeducação funcional motora e sensorial são fundamentais na promoção do auto-cuidado, sendo fundamental neste tipo de doentes e onde pudemos percepcionar as suas dificuldades e necessidades.

Neste sentido, cresceu assim, a curiosidade de compreender se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da Reeducação funcional motora e sensorial, promove o auto-cuidado da pessoa em situação de AVC, em contexto hospitalar.

Esta problemática traduziu-se então, para ponto de partida, numa pergunta formato PICO:

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da reeducação funcional motora e sensorial, promove o auto-cuidado da pessoa em situação de AVC em contexto hospitalar? A qual funcionou como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática de literatura. (ANEXO VI)

A etapa seguinte baseou-se na pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO (CINAHL Plus with Tx All Text). Foram procurados artigos científicos publicados em Texto Integral (03/11/2011), publicados entre 2004/01/01 e

2011/11/01, usando as seguintes palavras-chave: **Rehabilitation Nursing AND Self Care AND Stroke.**

A escolha deste filtro cronológico prendeu-se com o facto da selecção dos artigos ser a mais actual possível. Na base internacional MeSH Browser, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, foram verificados os conceitos válidos para esta pesquisa. Assim, foram utilizadas as palavras-chave, com a seguinte sequência: **Rehabilitation Nursing AND Self Care AND Stroke.** Seguidamente foram definidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, de modo a obter os artigos adequados à questão de partida e ao objectivo do estudo. (ANEXO VII)

Desta forma, o percurso de pesquisa e selecção dos artigos iniciou-se pela pesquisa individual das palavras-chave, tendo-se posteriormente utilizado o filtro cronológico 2004-2011., procedendo-se de seguida ao cruzamento dos conceitos. (ANEXO VIII)

Com este cruzamento verificou-se que os artigos obtidos não eram direccionados para a pergunta PICO, pelo que se passou à conjugação das palavras-chave: **Rehabilitation Nursing AND Self Care AND Stroke.**

Através desta pesquisa encontraram-se um total de 183 artigos, aos quais se aplicou novamente o filtro cronológico, obtendo-se 123 artigos. (ANEXO IX)

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos anteriormente com a evidência demonstrada, apreciação crítica e com o objectivo do estudo, foram elaborados três quadros esquemáticos dos quais consta, o estudo, participantes, intervenções, resultados, número do artigo, nível de evidência e tipo de estudo. (ANEXO X, XI, XII), a partir dos três artigos seleccionados. (ANEXO XIII, XIV, XV)

Estes três quadros, constituíram o substrato para a elaboração da discussão e respectivas conclusões, foram submetidos a uma classificação por sete níveis de evidência¹, de forma a ser mais perceptível a metodologia utilizada.

1 GUYATT e RENNIE (2002) propoem vários níveis de evidência: Level I: Evidence from a Systematic Reviews or Meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews of RCTs; Level II: Evidence obtained from at least one well-designed RCTs; Level III: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization; Level IV: Evidence from well-designed case-control and cohort studies; Level V: Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies; Level VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study; Level VII: Evidence from the opinion of authorities and /or reports of expert committees

4 - ANÁLISE E REFLEXÃO

Da análise dos artigos seleccionados, podemos verificar que as deficiências, incapacidades e desvantagens resultantes do AVC, têm repercussões no auto-cuidado da pessoa afectada. Estas necessitam de cuidados de Enfermagem de Reabilitação o mais precocemente possível, centrando-se em cuidar de pessoas com deficiência ou doença crónica para atingir a capacidade funcional máxima, manter a sua saúde e adaptar-se a um estilo de vida alterado. (RENSINK; SCHUURMANS; LINDEMAN; HAFSTEINSDOTTIR, 2008)

O processo de reabilitação deve iniciar-se logo que o doente tenha condições para tal. Assim, após a estabilização do quadro clínico, o foco de atenção foi direccionado para recuperar as habilidades funcionais, em que as Enfermeiras utilizavam exercícios quando o paciente não conseguia mobilizar os seus membros de forma independente. (KVIGNE; KIRKEVOLD; GJENGEDAL, 2004)

HOEMAM (2000) refere, a este propósito, que com uma reabilitação precoce e progressiva é possível o utente voltar a casa, reintegrar a comunidade e ter uma boa qualidade de vida.

No estudo de KVIGNE; KIRKEVOLD; GJENGEDAL (2004) podemos verificar que são descritos pelas Enfermeiras dois focos de atenção: o primeiro, é ajudar o paciente a recuperar e manter as suas funções do corpo, representando as primeiras horas após a ocorrência do AVC em que é necessária uma vigilância rigorosa de todos os parâmetros vitais, em que é prioritário preservar a vida e prevenir complicações. O segundo prende-se com a promoção para gerir os aspectos práticos da vida quotidiana, para que o paciente de forma mais independente possível, possa regressar à sua nova realidade. “O caminho da independência requer um ajustamento progressivo às incapacidades e uma aprendizagem em diferentes actividades, nomeadamente nas actividades de vida diária.” (BRANCO, SANTOS, 2010)

Existe uma conexão positiva entre melhoria da aptidão física e desempenho funcional. O treino da condição física deve ser considerado um aspecto muito importante na reabilitação da pessoa em situação de AVC, pois aumenta a resistência,

melhorando o estado funcional. A reabilitação orientada para a tarefa nos doentes com AVC é eficaz e relevante para a prática de enfermagem. A melhoria das incapacidades é fundamental para o movimento funcional (RENSINK; SCHUURMANS; LINDEMAN; HAFSTEINSDOTTIR, 2008)

A reeducação funcional motora e sensorial nomeadamente ao nível da mobilização da pessoa (mobilizações passivas, activas, activas assistidas e activas resistidas), posicionamentos terapêuticos, actividades terapêuticas (rolar, ponte, facilitação cruzada e auto mobilizações); treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico), treino de marcha com ou sem produtos de apoio, treino de subir/descer escadas, pois vão permitir que a pessoa em situação de AVC consiga atingir ao máximo as suas capacidades.

A este propósito HOEMAM (2000) refere que os objectivos gerais da terapia do movimento nas pessoas em situação de AVC são: Minimizar as anomalias do tónus; Manter a amplitude de movimento; Melhorar a função respiratória e circulatória; Mobilizar a pessoa nas actividades funcionais precoces como a mobilidade na cama, sentar, pôr em pé e transferências; Prevenir os problemas de desuso; Promover a consciência do lado hemiplégico; Melhorar o controlo do tronco, do equilíbrio sentado e em pé; Maximizar as actividades do auto-cuidado.

Também as Enfermeiras do estudo de KVIGNE; KIRKEVOLD; GJENGEDAL (2004) concentraram a sua actuação na parte física e funcional do corpo, para ajudar o paciente a recuperar as funções normais e desenvolver competências e habilidades necessárias para realizar as tarefas práticas diárias, gerir o auto-cuidado e assim obter a independência. Nas suas competências o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “Implementa programas de (...) reeducação funcional motora e “ ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/ domicilio/ comunidade). (REGULAMENTO nº 125/2011)

No estudo realizado por ENGMAN, LUNDGREN, (2009) as actividades realizadas na enfermaria nomeadamente lavar-se, vestir-se, movimentar-se são importantes para recuperar a capacidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas em situação de AVC. Este estudo mostra que os Enfermeiros promovem e facilitam a recuperação do doente através de actividades para o auto-cuidado mas os doentes viam estas acções de forma vaga e não especificas relacionadas com as funções de reabilitação do Enfermeiro. Este aspecto prendia-se com o facto de os Enfermeiros não

planearem nem discutirem com o doente o plano de cuidados relativo ao processo de reabilitação.

Os doentes queriam mais atenção por parte dos Enfermeiros, através de apoio e ensino e onde fosse explicado a finalidade da reabilitação. Assim o Enfermeiro deve educar e ensinar, de modo a satisfazer as necessidades de auto-cuidado dos doentes, para que estes percebam o valor da sua própria reabilitação, e reconheçam a sua capacidade para o auto-cuidado, permitindo que estes se tornem mais autónomos e independentes. A reabilitação deve ser baseada numa comunicação mais clara e na cooperação aberta entre Enfermeiro e paciente em que é primordial a participação activa do doente. (ENGMAN, LUNDGREN, 2009)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “ ensina, instrui e treina técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor (...), tendo em conta os objectivos individuais da pessoa”. (REGULAMENTO nº 125/2011)

Também no estudo de KVIGNE; KIRKEVOLD; GJENGEDAL (2004) apesar de se reconhecer e falar sobre a importância de individualizar os cuidados, com base nas suas necessidades e preferências, o programa de reabilitação e as intervenções foram concebidas a partir dos profissionais de saúde, pois de acordo com as Enfermeiras a maioria dos pacientes referiam que os profissionais sabiam o que era melhor para eles.

Os Enfermeiros podem e devem desempenhar um papel importante, criando oportunidades para a prática de tarefas funcionais adaptado às necessidades de cada doente e em colaboração com a restante equipa interdisciplinar. A utilização activa de formação orientado para as tarefas nos doentes com AVC leva a melhorias nos resultados funcionais e globais melhorando a sua qualidade de vida. (RENSINK; SCHUURMANS; LINDEMAN; HAFSTEINSDOTTIR, 2008)

Na nossa prática relacionada com o estágio em contexto de neurologia não traumática, nomeadamente pessoas em situação de AVC, verificamos que esta patologia provoca grandes incapacidades, nomeadamente a hemiplegia/hemiparésia, responsável pela instabilidade postural em movimento e em repouso, sendo fundamental a actuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Podemos dizer que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação que “aprendemos a prestar”, foram fundamentais para devolver ao doente a sua autonomia e optimização da capacidade funcional, promovendo o auto-cuidado e comportamentos valorativos do processo de reabilitação fundamentais para a sua independência e consequente melhoria na sua qualidade de vida, pois como refere HOEMAM, (2000) a

“enfermagem de reabilitação baseia-se em consistentes fundamentos teóricos e científicos na medida em que se trabalha com os utentes para (...) Advogar uma qualidade de vida óptima”.

No plano de cuidados (ANEXO IV) referente a uma das pessoas em situação de AVC que acompanhamos durante a realização do estágio, é bem visível a evolução que o mesmo apresentou durante o seu internamento ao nível do auto-cuidado. Testemunhamos que de facto o acompanhamento aos vários níveis de intervenção das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é fundamental para que a pessoa alcance a sua máxima independência.

A avaliação global do doente foi fundamental para iniciar o programa de reeducação funcional motora e sensorial, e para realizar as Actividades de Vida Diária, pois o Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação “Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Actividades de Vida Diária (AVD’s) de forma independente.” (REGULAMENTO nº 125/2011)

Quanto à avaliação do seu estado funcional através do Índice de Barthel, pudemos verificar que desde que iniciamos o nosso estágio e fomos desenvolvendo as intervenções ao nível da Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente a reeducação funcional motora e sensorial com vista à promoção do auto-cuidado, verificamos que segundo a avaliação da capacidade funcional que a pessoa passa de um estado de dependência total para uma dependência moderada.

As intervenções seleccionadas para cada diagnóstico de Enfermagem foram devidamente programadas de acordo com as suas capacidades individuais e ajustadas à sua evolução, é necessário um programa que vise o desenvolvimento integral da Pessoa, levando-a a reajustar a sua situação e a saber suprir as suas dificuldades. (BRANCO; SANTOS, 2010).

As intervenções de Enfermagem visam ajudar a pessoa a recuperar ao máximo a sua capacidade para realizar as tarefas da prática diária. Assim, e logo que os pacientes tolerem, começa o ensino sobre as formas de realizar os auto-cuidados, como, a higiene, o comer, o vestir-se, o transferir-se, exigindo assim um planeamento rigoroso. (KVIGNE; KIRKEVOLD; GJENGEDAL, 2004). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial (...)”, e ainda “identifica as necessidades de intervenção para

optimizar e ou reeducar a função ao nível motor, sensorial (...) e da realização das AVD`s (REGULAMENTO nº 125/2011)

O reforço positivo foi sempre um aspecto valorizado por nós e que foi fundamental para que o doente participasse mais activamente na sua reabilitação, pois no início a pessoa em situação de AVC apresentava períodos de renitência para algumas intervenções, sendo necessário estimulá-lo. Aquando da alta, encontrava-se mais motivado e participativo no processo de reabilitação e muito satisfeito com a sua evolução. Também no estudo de KVIGNE; KIRKEVOLD; GJENGEDAL (2004) durante todo o processo de reabilitação as Enfermeiras sublinham a importância de motivar os pacientes. A motivação refere-se às forças interiores que regulam o comportamento, de forma a satisfazer necessidades e atingir objectivos. (HOEMAN, 2000)

Todos os dias era nossa preocupação explicar ao doente os aspectos referentes á sua reabilitação, fazendo ensinios claros e simples, incentivando-o a participar de forma activa e a aceitar a sua própria capacidade para executar o auto-cuidado. O Enfermeiro deve educar e ensinar, de modo a satisfazer as necessidades de auto-cuidado dos doentes, para que estes percebam o valor da sua própria reabilitação, e reconheçam a sua capacidade para o auto-cuidado, permitindo que estes se tornem mais autónomos e independentes. A reabilitação deve ser baseada numa comunicação mais clara e na cooperação aberta entre Enfermeiro e paciente em que é primordial a participação activa do doente. (ENGMAN, LUNDGREN, 2009) O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “discute as alterações da função a nível motor, sensorial, (...) com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.” (REGULAMENTO nº 125/2011)

Dorothea Orem é uma teórica de Enfermagem, cujo trabalho tem sido frequentemente aplicado na Enfermagem de Reabilitação. Define auto-cuidado como a prática de actividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas em seu benefício próprio com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal. (TOMEY, ALLIGOOD, 2004)

Os cinco métodos identificados por esta teórica para que os Enfermeiros ajudem os doentes, são aspectos que implicitamente estão evidenciados nos artigos. O actuar por ou fazer por outrem, está referido no estudo de KVIGNE; KIRKEVOLD;

GJENGEDAL (2004) em que após a estabilização do quadro clínico o foco de atenção foi direccionado para recuperar as habilidades funcionais, em que as Enfermeiras utilizavam exercícios quando o paciente não conseguia mobilizar os seus membros de forma independente.

Quanto aos restantes quatro métodos evidenciados por Dorothea Orem nomeadamente Orientar e Dirigir; Fornecer apoio físico e psicológico; Proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; Ensinar, podemos relacionar com o estudo de RENSINK; SCHUURMANS; LINDEMAN; HAFSTEINSDOTTIR (2008) em que foram identificadas as funções do Enfermeiro de Reabilitação que são Avaliação, Coordenação, Comunicação, Integração de terapia, Apoio emocional e Assistência técnica e física. Também estas áreas são referidas no REGULAMENTO n° 125/2011 relativamente às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Face ao referido anteriormente, concluímos que os estudos analisados, dão resposta à pergunta em formato PICO, pois o treino da condição física é fundamental para a reabilitação da pessoa em situação de AVC, pois melhora o estado funcional e consequentemente promove o auto-cuidado. Neste sentido, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ao nível da reeducação funcional motora e sensorial promove o auto cuidado da pessoa em situação de AVC, em contexto hospitalar.

Gostaríamos de dar a conhecer uma das conclusões da análise dos artigos que apesar de não ser pertinente para os objectivos deste relatório, pareceu-nos contudo fundamental partilhá-la, no sentido de podermos reflectir e melhorar a qualidade dos cuidados. Como foi já referido anteriormente, nos estudos de ENGMAN, LUNDGREN, (2009) e de KVIGNE; KIRKEVOLD; GJENGEDAL (2004) verificou-se falta de comunicação entre Enfermeiros e doentes relativamente ao processo de reabilitação. No primeiro, embora seja reconhecida a importância da intervenção do Enfermeiro na reabilitação, todas as actividades desenvolvidas por este não eram reconhecidas pelos doentes devido à falta de esclarecimentos pelo que o doente não percepcionava o valor da sua própria reabilitação. No segundo estudo, era reconhecida a importância de personalizar os cuidados de acordo com as necessidades do doente, mas o programa de reabilitação era definido pelos Enfermeiros, em que a maioria dos doentes referiam que os profissionais sabiam o que era melhor para eles.

Daí a nossa percepção, de que a comunicação é um aspecto fundamental e que deve ser valorizado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pois é primordial perceber que a reabilitação não pode ser feita para o doente, mas sim com o doente, através da sua participação activa, que é essencial em todo o processo. Neste sentido, o Enfermeiro de Reabilitação deve estabelecer uma relação de confiança e de parceria, mostrando uma atitude de disponibilidade, promovendo o envolvimento da pessoa nos cuidados, através de uma comunicação clara e objectiva.

Assim, concordamos com ENGMAN, LUNDGREN (2009) quando no final do seu estudo referem que o Enfermeiro pode fazer a diferença ao escolher estabelecer com o doente uma comunicação que lhe permita atingir uma vida independente, ou então permanecer invisível, mas quem poderá demonstrar aptidões específicas da Enfermeira, senão for ela mesma?

5 - CONCLUSÃO

O quotidiano profissional do Enfermeiro é rico em experiências e desafios que exigem atenção e reflexão para que a sua prática seja competente e diferenciada. Aliado ao desenvolvimento profissional, está sempre o crescimento pessoal e aperfeiçoamento de capacidades humanas que lhes permitam melhores desempenhos. Nesta caminhada de aquisição de aptidões para uma prática especializada em Enfermagem de Reabilitação, tentámos, ao longo de todo o percurso efectuado, ter em conta estes pressupostos, uma vez que, com eles nos identificamos e acreditamos que nos permitem atingir os nossos propósitos.

Relativamente aos objectivos definidos para este relatório, iniciamos com análise das competências desenvolvidas ao longo dos três contextos de estágio, em que podemos afirmar que foram adquiridas com empenho e dedicação, e que o Cuidar efectivo em Enfermagem de Reabilitação e a afirmação do Enfermeiro Especialista no seio da equipa transdisciplinar, exigem um domínio e demonstração de saberes científicos e técnicos que demonstrámos, nunca esquecendo a singularidade e particularidade da pessoa cuidada, os seus limites, os seus recursos e as suas vontades.

No que se refere às competências desenvolvidas no âmbito da Prática Baseada na Evidência, com a utilização da metodologia PICO, foi possível aprofundar conhecimentos sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da reeducação funcional motora e sensorial tendo em vista a promoção do auto-cuidado na pessoa em situação de AVC em contexto hospitalar, através da revisão sistemática da literatura. Queremos contudo salientar que foi um factor facilitador o facto de termos já desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado dois trabalhos utilizando esta metodologia que nos permitiram agora ampliar as nossas capacidades para a sua realização, superando as nossas expectativas, o que nos levou a atingir o segundo objectivo definido.

No que diz respeito à pergunta PICO que formulámos, de acordo com os estudos analisados, podemos dizer que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito de Reeducação funcional motora e sensorial

promove o auto-cuidado da pessoa em situação de AVC em contexto hospitalar. O treino da condição física é um aspecto fundamental na reabilitação da pessoa em situação de AVC, pois aumenta a resistência corporal e melhora o estado funcional. Esta realidade foi testemunhada por nós, no doente que acompanhamos em estágio, pois de dia para dia houve uma evolução surpreendente na realização do auto-cuidado. Em síntese, as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação adquiridas, permitiram-nos percebermos que a nossa intervenção possibilitou ao doente evoluir progressivamente para o pólo da independência, promovendo a realização do auto-cuidado.

Esta foi uma experiência singular. Temos agora um longo caminho a percorrer com novas competências adquiridas na conquista do nosso espaço, em que várias são as áreas onde poderemos ser solicitados, quer no que respeita ao doente, à família e a toda a equipa multidisciplinar. Estamos conscientes que nos queremos afirmar, demonstrando conhecimentos, que se irão traduzir na qualidade dos cuidados, que será verificada na resposta dos doentes. Pretendemos conquistar um elevado nível de autonomia profissional e de tomada de decisão no desempenho e nos programas de reabilitação específicos e adaptados a cada doente, para assegurar uma prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação de qualidade.

Durante este longo percurso, surgiram alguns constrangimentos houve momentos de cansaço, momentos difíceis, que exigiram uma gestão criteriosa do tempo, dividida entre actividade profissional, escola e família. No entanto, sentimo-nos recompensados e satisfeitos, pois as competências alcançadas permitir-nos-ão utilizar ao máximo e da melhor forma os saberes adquiridos, para poder prestar cuidados especializados e com maior qualidade.

Durante as pesquisas nas bases de dados científicas, verificámos que são poucos os artigos publicados na área da Enfermagem de Reabilitação de origem portuguesa, assim, deixamos como sugestão a publicação de mais trabalhos nesta área, pois a divulgação seria fundamental para dar a conhecer ao mundo os cuidados de Enfermagem de Reabilitação que se prestam em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, Fernando (2007) – Unidade de Cuidados Intensivos – **Manual de Enfermagem**, Portimão/Lagos.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO - **Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016**, 2010.[consult. 2011-11-10]. Disponível em http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf

BENNER, Patrícia, (2001) – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.

BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui. (2010). **Reabilitação da pessoa com AVC**. Coimbra, FORMASAU. ISBN: 978-989-8269-09-6

BRUNNER, Lilian; SUDDARTH, Doris. (2002) – **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

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

CIPE/ICNP (2003) - **Classificação Internacional para Prática de Enfermagem**. Versão Beta 2, 2ª edição. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa. ISBN: 972-98149-5-3

DECRETO-LEI nº 161/96. “DR I Série A” (1996-09-04).

DESPACHO Nº 16415/2003. (II Série). D.R nº 193 de 22 Agosto

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010) – **Acidente Vascular Cerebral** – Itinerários Clínicos. LIDEL. ISBN: 978-972-757-661-6

ENGMAN Maria, LUNDGREN Solveig M (2009) **What does rehabilitation and nursing care implies for patients with stroke?** Nursing Science Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010484003&site=ehost-live>

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM, (2011) – Documento Orientador à Elaboração do Relatório – Obtenção Grau de Mestre. Santarém. Autor

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM, (2009) – Regulamento do Curso de Mestrado. Santarém. Autor

EUROPEAN STROKE ORGANIZATION (2008) – **Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório**. Trad. FONSECA, Ana Catarina., HENRIQUES, Isabel., FERRO, José. M.

GUYATT, G.; RENNIE, D. (2002). **Users guides: essentials of evidence-based clinical practice**. Chicago, IL: American Medical Association.

HESBEEN Walter (2003) **A Reabilitação. Criar novos caminhos**. Loures. Lusociência ISBN: 972-8383-43-6

HOEMAN, Shirley P. (2000) – **Enfermagem de Reabilitação** - Aplicação e Processo. Lusociência: ISBN: 972-8383-13-4

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2009).– **ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist** – Jean-Marteau. Geneva. ISBN: 978-92-95065-55-0

KVIGNE Kari; KIRKEVOLD Marit; GJENGEDAL Eva (2004) **The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses.** Journal of Clinical Nursing 14, 897–905 Retrieved from CINAHL Plus with Tx All Text database. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009021401&site=ehost-live>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular.** Lisboa. ISBN: 978-989-96021-2-0

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários.** Lisboa: Grafinter, ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem/Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista (Caderno Temático).** Ordem dos Enfermeiros [em linha]. [Consult. 2011-05-15]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003) - Acidente Vascular Cerebral. [em linha]. (consult. 2011-05-12) disponível em <http://www.acidentevascularcerebral.com/causas-do-avc.html>

PARADA, Fernando; PEREIRA, Cristina (2003) – **Da imobilidade ao recondicionamento ao esforço: imobilidade – bases fisiopatológicas.** Geriatria. Lisboa. ISSN-0871-5386

PORTARIA n.º268/2002. “DR I Serie”.(2002-03-13)

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: **Recomendações para o seu desenvolvimento.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001 - ISBN: 972-9425-97-3

REGULAMENTO nº 125/2011. “D.R. II Série” 35 (2011-02-18)

REGULAMENTO nº122/2011. “D.R. II Série” 35 (2011-02-18)

REGULAMENTO DO EXERCICIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE)

Decreto – Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro.

RENSINK Marijke; SCHUURMANS Marieke; LINDEMAN Eline; HAFSTEINSDOTTIR Thora (2008) **Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review** Journal of Advanced Nursing 65(4), 737–754 Retrieved from CINAHL Plus with Tx All Text database. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010221340&site=ehost-live>

SÁ, Maria José (2009) – AVC – Primeira causa de morte em Portugal – **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto: edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480-6

TOMEY, Ann Marriner, ALLIGOOD, Martha Raile (2004). **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-74-6

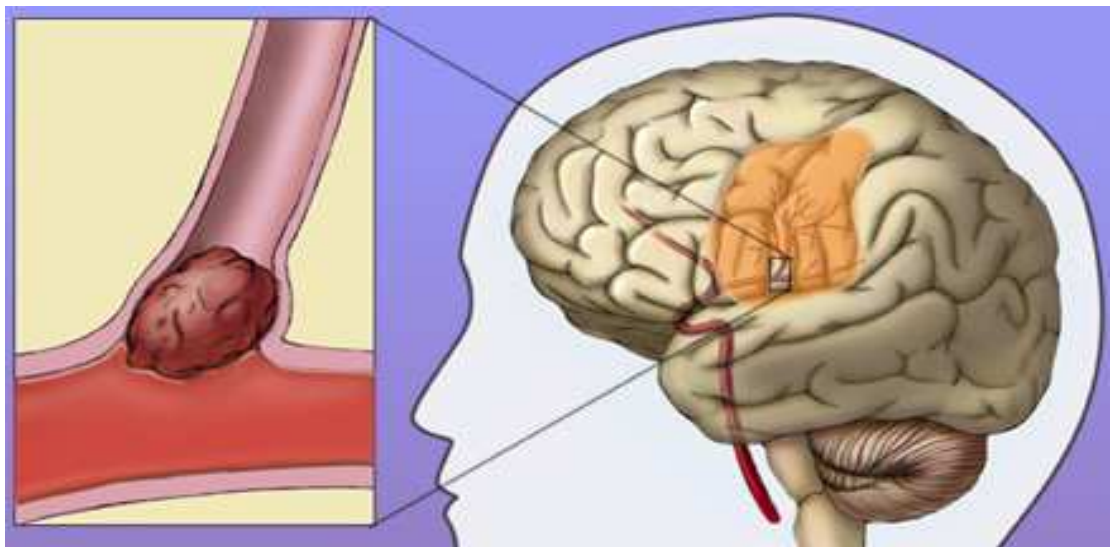
ANEXOS

ANEXO I

PROJECTO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE NEUROLOGIA NÃO
TRAUMÁTICA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
Ano 2010/2011
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II

PROJECTO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE NEUROLOGIA NÃO TRAUMÁTICA



ELABORADO POR:

Enfermeira Isabel Cardoso

Aluno Nº: 090430004

Orientador: Mestre José Lourenço

Enfermeira Cooperante: Enfermeira Especialista
em Enfermagem de Reabilitação Adélia Casaleiro

SANTARÉM

Novembro 2010

As grandes oportunidades de ajudar os outros
Raramente acontecem,
Mas as pequenas surgem todos os dias

Sally Koch

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	4
1 - OBJECTIVOS PESSOAIS E ACTIVIDADES	6
2 - CONCLUSÃO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

INTRODUÇÃO

Este Projecto de Estágio surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, inserido na Unidade Curricular Estágio II, com a especificidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com lesão neurológica não traumática, que irá ser desenvolvido no Hospital de Torres Vedras, no serviço de Medicina A e decorrerá de 1 a 27 de Novembro de 2010.

Presentemente, talvez mais do que nunca, o mundo global desafia constantemente o conhecimento. Este facto, incentiva a reflexão e a busca de novos saberes, recorrendo os profissionais particularmente os enfermeiros, a vários recursos e métodos, entre os quais, a procura da formação contínua e académica especializada, que lhes faculte o crescimento pessoal e profissional exigindo-se cada vez mais um elevado nível de conhecimentos teóricos e práticos inter-relacionados.

O domínio do conhecimento em determinada área passa pelo desenvolvimento de competências no contexto da mesma, neste sentido temos procurado adquiri-las na área específica de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, onde a componente prática assume um papel preponderante na globalidade da formação, onde é fundamental uma adequada relação teórico-prática, e a sua consequente aplicabilidade na prestação de cuidados diferenciados.

Assim, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação planeados dirigem-se essencialmente às pessoas com AVC, pois das afecções que abrangem as patologias neurológicas não traumáticas estas são as mais frequentes no serviço. De referir que para a realização deste projecto individual de estágio foi necessário o conhecimento global do serviço.

Com a elaboração deste projecto individual de estágio pretende-se:

- ▶▶ - Estabelecer Objectivos Pessoais para o actual Ensino clínico;
- ▶▶ - Permitir uma melhor organização das actividades a desenvolver;

▶▶ - Facilitar a auto e hetero-avaliação de acordo com as actividades desenvolvidas

A estrutura deste documento, assenta essencialmente, em três partes: esta primeira que é a introdução onde contextualizamos o tipo de estágio e explicitamos os objectivos deste documento. Na segunda parte são traçados os objectivos pessoais, as respectivas actividades a desenvolver, os intervenientes e o tempo em que decorrerá a actividade. De salientar que poderá sofrer alterações pertinentes de forma a garantir uma maior aprendizagem. Na terceira parte, fazemos uma breve conclusão relativamente à necessidade de aprender aprofundar e desenvolver competências em cuidados de Enfermagem de Reabilitação a doentes com alterações neurológicas não traumáticas.

1 - OBJECTIVOS PESSOAIS E ACTIVIDADES

SERVIÇO DE MEDICINA A DO HOSPITAL DE TORRES VEDRAS

Objectivos Pessoais	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<p>Identificar o papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Equipa de Enfermagem do serviço de Medicina – Unidade A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Reuniões com a Sr.^a Enfermeira Cooperante e outros elementos da equipa para perceber aspectos relacionados com: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dinâmica organizativa. ❖ Metodologia de trabalho/ Distribuição de doentes. ❖ Registos de Enfermagem de Reabilitação ❖ Consulta de normas, projectos e protocolos. ◆ Articulação com a Assistente Social/Encaminhamentos pós-alta e produtos de apoio disponíveis. ◆ Observação do desempenho da Enfermeira Especialista. ◆ Reflectir sobre a importância do papel do Enfermeiro de Reabilitação. 	<p>Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação Adélia Casaleiro</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Enfermeira Isabel Cardoso</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Equipa interprofissional 1</p>	<p style="text-align: center;">1^a semana</p>

Objectivos Pessoais	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<p>Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alterações neurológicas não traumáticas (AVC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mobilização dos conhecimentos das diferentes unidades curriculares. ◆ Pesquisa bibliográfica sempre que se torne necessário. ◆ Recolha de informação através da passagem de turno, consulta do processo e observação de resultados de exames complementares de diagnóstico bem como através da pessoa significativa. ◆ Avaliação inicial: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Geral ❖ Social, ❖ Neurológica (utilização da escala Glasgow, avaliação dos nervos cranianos, avaliação da sensibilidade superficial e profunda) ❖ Motora (utilização da escala de Lower, Ashworth modificada e avaliação da amplitude articular) ❖ Funcional (utilização da Escala de Barthel) ◆ Início da preparação para a alta hospitalar envolvendo a família para assegurar a continuidade dos cuidados; ◆ Inclusão da família no processo desde o primeiro dia do internamento ◆ Planeamento das intervenções com vista à recuperação, prevenção de complicações e máxima autonomia e sua validação com a Enfermeira Cooperante 	<p>Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação Adélia Casaleiro + Enfermeira Isabel Cardoso</p>	<p>Durante todo o estágio</p>

	<p>◆ Mobilização e utilização dos conhecimentos teóricos na área da Reeducação Funcional Motora, adaptados à pessoa, dando particular importância:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobilização da Pessoa com alteração da mobilidade (Mobilizações Passivas, Activas, Activas Assistidas e Activas Resistidas); ➤ Posicionamentos terapêuticos; ➤ Actividades Terapêuticas (Rolar, Ponte, Facilitação Cruzada e auto mobilizações); ➤ Treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico); ➤ Treino de marcha com ou sem produtos de apoio; ➤ Treino de subir/descer escadas; <p>◆ Avaliação e adequação dos cuidados à situação da pessoa, incentivando-a a participar mas respeitando o seu ritmo;</p> <p>◆ Elaboração dos registos para garantir a continuidade dos cuidados;</p> <p>◆ Entrega à Pessoa e/ou familiar de guias de ensino: AVC – Cuidar da Pessoa com AVC, existentes no serviço;</p> <p>◆ Fornecimento ao doente/Família de indicações quanto aos recursos de saúde existentes na comunidade e indicações precisas sobre algumas alterações exequíveis no seu domicílio para que este contribua para melhorar a autonomia.</p> <p>◆ Na passagem de turno, transmitir aos restantes enfermeiros o trabalho realizado, solicitando a sua colaboração na continuidade dos cuidados nos restantes turnos.</p> <p>◆ Elaboração de nota de alta de enfermagem de reabilitação e caso o doente resida no Concelho</p>		
--	---	--	--

	de Torres Vedras efectuar contacto telefónico ao enfermeiro de reabilitação da Comunidade, como forma de garantia da continuidade de cuidados.		
Objectivos Pessoais	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
Desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados à pessoa com patologia neurológica não traumática (AVC)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ - Criação de momentos de reflexão com a Enf.^a Cooperante sobre a minha prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação; ◆ - Leitura e análise de artigos científicos sobre a prestação de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação ◆ - Selecções para análise, das experiências de cuidados que foram formativas, proporcionaram perícia e desenvolvimento de competências em cuidados especializados e de qualidade; ◆ - Identificação de aspectos de desempenho profissional que me tenham sido menos fáceis de gerir, com o intuito de melhorar os meus conhecimentos nessas áreas; ◆ - Elaboração do relatório de contexto no final do estágio que reflecta o processo e resultados de aprendizagem desenvolvidos 	<p>Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação Adélia Casaleiro</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Enfermeira Isabel Cardoso</p>	Durante todo o estágio

2 -CONCLUSÃO

A elaboração deste projecto de estágio, surge com o sentido de perspectivar a minha aprendizagem, no intuito de tornar perceptível o percurso que desejamos realizar ao longo deste estágio.

Realçamos o facto de primarmos pela excelência do exercício profissional sabendo que isso exige compromisso e dedicação. Este é um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento sendo imprescindível a reflexão diária sobre as práticas durante este estágio clínico e a consciência que muito temos para aprender. É neste sentido que pretendemos aprender, aprofundar e desenvolver competências de forma a interiorizar os cuidados de Enfermagem de Reabilitação a prestar a este tipo de doentes, objectivando a sua máxima independência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM (2010) Documento de apoio ao estágio I e II e relatório. Santarém. Autor

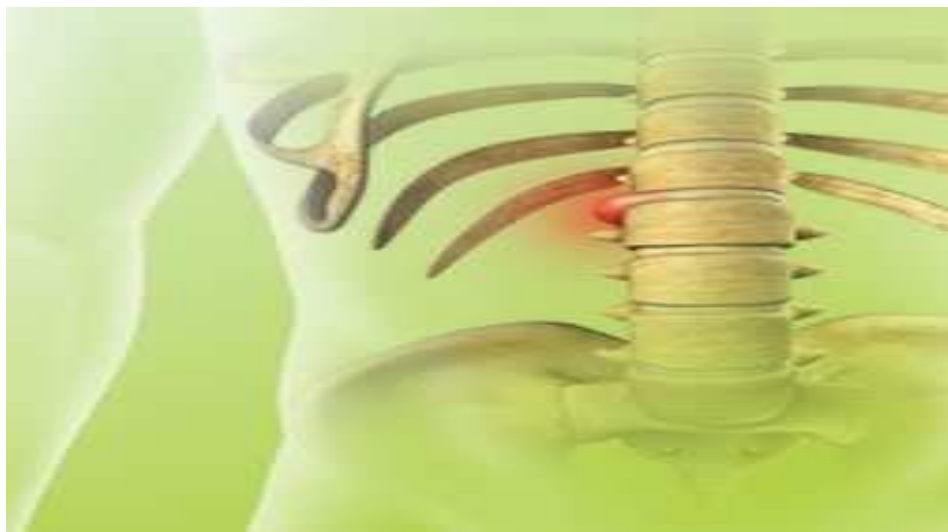
ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem/Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista (Caderno Temático)**. Ordem dos Enfermeiros [em linha]. [Consult. 24 jul. 2010]. Disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>

ANEXO II

PROJECTO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE NEUROLOGIA TRAUMÁTICA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
Ano 2010/2011
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II

PROJECTO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE NEUROLOGIA TRAUMÁTICA



ELABORADO POR:

Enfermeira Isabel Cardoso

Aluno Nº: 090430004

Orientador: Mestre José Lourenço

Enfermeiros Cooperantes: Enfermeiros
Especialistas em Enfermagem de Reabilitação
Margarida Veríssimo e Carlos Gomes

SANTARÉM

Dezembro 2010

Devemos ouvir pelo menos uma
pequena canção todos os dias, ler um bom
poema, ver uma pintura de qualidade e, se
possível, dizer algumas palavras sensatas.

Goethe

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	4
1 - OBJECTIVOS PESSOAIS E ACTIVIDADES	6
2 - CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

INTRODUÇÃO

As exigências e desafios impostos actualmente pela sociedade global, relacionadas com a evolução científica e tecnológica com que os enfermeiros são confrontados diariamente, são um incentivo constante à aquisição e aprofundamento de conhecimentos através da formação contínua e que pela aplicação prática se transformam em competências, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional no sentido da especialização.

Este Projecto de Estágio surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, inserido na Unidade Curricular Estágio II, com a especificidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com lesão neurológica traumática.

Este estágio irá decorrer no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro (Tocha) no serviço Lesionados Vértebro Medulares no período de 6 de Dezembro de 2010 a 21 de Janeiro de 2011, com interrupção para férias escolares de Natal, perfazendo um total de 5 semanas. Tem por base a aplicação prática de conteúdos leccionados e aprendidos no âmbito deste Curso, e pretende servir de guia de orientação para o mestrando/enfermeiro cooperante/professor e de reflexão acerca da minha actuação, sendo ainda um elemento de avaliação do processo de aprendizagem.

Neste contexto, a prática é parte integrante na formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, correspondendo à aplicação dos conhecimentos adquiridos na teoria e consolidados com a prática dos mesmos.

A Ordem dos Enfermeiros considera que “o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (Ordem dos Enfermeiros, 2009), pelo que formulou cinco domínios de competências: a) **Prática profissional, ética e legal**; b) **Melhoria contínua da qualidade**; c) **Gestão de cuidados**; d) **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**; e) **Prestação de cuidados especializados**.

Na elaboração deste projecto, mantivemos sempre a ideia de que este é um processo dinâmico, que poderá sofrer alterações sempre que seja considerado pertinente para a aprendizagem, ou pelo próprio contexto de uma qualquer situação.

Pretende-se que este projecto funcione como guia orientador no decorrer das intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas no decorrer do ensino clínico, esperando-se que o mesmo seja um elemento facilitador e nunca um elemento limitativo da nossa evolução na aprendizagem.

Considerando este projecto o ponto de partida para uma aprendizagem eficaz durante o estágio, estamos convictos que também fornecerá contributos para a construção de competências no domínio de futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como, servirá ainda de base para a elaboração do relatório final de estágio.

Com a elaboração deste projecto individual de estágio pretendo:

- ▶▶ - Estabelecer Objectivos Pessoais para o actual Ensino clínico;
- ▶▶ - Conseguir uma melhor organização das actividades a desenvolver;
- ▶▶ - Facilitar a auto e hetero-avaliação de acordo com as actividades desenvolvidas.

A estrutura deste documento assenta essencialmente, em três partes distintas: a primeira que é a introdução onde contextualizo o tipo de estágio e explicito os objectivos deste documento. A segunda, onde são traçados os objectivos pessoais, as respectivas actividades a desenvolver, os intervenientes e o tempo em que decorrerá a actividade. Na terceira parte, fazemos uma breve conclusão relativa à importância dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em doentes com traumatismo vértebro-medular e à contribuição que os conhecimentos adquiridos ao longo deste estágio, proporcionarão de futuro no desenvolvimento da nossa actividade profissional.

1 - OBJECTIVOS PESSOAIS E ACTIVIDADES

SERVIÇO DE LVM DO CENTRO DE MEDICINA E REABILITAÇÃO DA REGIÃO CENTRO – ROVISCO PAIS – TOCHA

Objectivos Pessoais	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<p>Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com TVM com vista à sua máxima autonomia e independência</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ - Observação da intervenção do Enfermeiro Especialista/ Cooperante na prestação de cuidados à pessoa com TVM; ◆ - Consulta do processo clínico do doente para conhecimento de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ História actual do doente e antecedentes ➤ Suporte familiar e social ➤ Factores de risco ➤ Exames auxiliares de diagnóstico ➤ Nível de lesão, extensão e localização (ASIA) ◆ - Observação do doente e exame físico objectivo ◆ - Realização da avaliação funcional e neurológica (mobilizando os instrumentos utilizados na instituição) do doente ao nível: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Do equilíbrio e mobilidade ➤ Deficiências sensoriais ➤ Condições emocionais ➤ Suporte familiar/social ➤ Capacidade funcional – AVD ➤ Padrão respiratório (tipo, amplitude e frequência) ◆ - Implementação de intervenções planeadas 	<p>Enfermeiros Cooperantes</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Enfermeira Isabel Cardoso</p>	<p>Durante todo o estágio</p>

	<p>optimizando as funções ao nível motor, sensorial, cadio-respiratório, da eliminação e da sexualidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶Treino de actividades de vida diária (vestuário, higiene pessoal, alimentação) ▶Treino de controle de esfíncteres e auto-esvaziamento ▶Treino motor (posicionamentos terapêuticos, transferências, exercícios de mobilidade articular, exercícios de fortalecimento muscular, treino de marcha, exercícios de correcção postural, treino de equilíbrio estático e dinâmico) ▶Técnicas de reeducação funcional respiratória, incluindo essa prestação na unidade de ambulatório. ◆ - Aprendizagem do manuseamento e utilização dos produtos de apoio adequados a cada doente, objectivando a sua máxima autonomia ◆ - Dialogo com a equipa interdisciplinar acerca dos progressos do doente ◆ - Prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, respeitando o código ético e deontológico da profissão ◆ - Registo dos respectivos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, utilizando o aplicativo SAPE 		
<p>Capacitar a pessoa com TVM e a sua família / cuidador para o auto-cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ - Promoção de um ambiente de confiança com o doente e família/cuidador, mostrando disponibilidade para esclarecimento de qualquer assunto que os perturbe ◆ - Ensinos relevantes e específicos ao doente e família/cuidador de acordo com as suas 	<p>Enfermeiros Cooperantes + Enfermeira</p>	<p>Durante todo o estágio</p>

<p>e autonomia com vista a reinserção social</p>	<p>necessidades e objectivos sobre técnicas próprias nos auto-cuidados, promovendo uma imagem corporal positiva e maximizando a autonomia</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ - Verificação da eficácia dos ensinamentos promovidos; ◆ - Identificação dos aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e incapacidade: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Possíveis barreiras arquitectónicas no seu contexto social e habitacional envolvente, dinamizando a sua eliminação ➤ Aquisição e utilização de produtos de apoio de modo a facilitar o processo de integração no domicílio e na sociedade ◆ - Visita à unidade de acompanhantes 	<p>Isabel Cardoso</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Doente +</p> <p>Família/</p> <p>Cuidador</p>	
<p>Gerir os cuidados prestados aos doentes com TVM, visando a optimização da qualidade dos mesmos, em articulação com a equipa interdisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ - Colaboração com a equipa interdisciplinar na tomada de decisão relativamente à necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, objectivando um relacionamento saudável e de confiança ◆ - Transmissão na passagem de turno, dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados, objectivando a continuidade dos mesmos ◆ - Organização e gestão adequada dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação face às necessidades e prioridade que cada doente apresenta; ◆ - Avaliação da resposta do doente ao longo das intervenções efectuadas, realizando adaptações necessárias aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados; ◆ - Manutenção de um ambiente seguro, 	<p>Enfermeiros</p> <p>Cooperantes</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Enfermeira</p> <p>Isabel Cardoso</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Equipa interdisciplinar</p>	<p>Durante todo o estágio</p>

	através da avaliação dos riscos para a qualidade dos cuidados (risco de úlceras de pressão)		
Aprofundar conhecimentos, aperfeiçoando habilidades e desenvolvendo competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação ao doente com TVM	<p>◆ - Revisão bibliográfica relacionada com os TVM, de acordo com as necessidades sentidas no decorrer do estágio.</p> <p>◆ - Actuação conjunta com o Enfermeiro cooperante nos cuidados prestados aos doentes, de acordo com as suas necessidades individuais.</p> <p>◆ - Avaliação contínua do doente, detectando atempadamente complicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Trombose Venosa Profunda ➤ Disreflexia Autonómica ➤ Úlceras de Pressão ➤ Insuficiência Respiratória ➤ Disfunção intestinal, ➤ Disfunção vesical ➤ Hipotensão postural <p>◆ - Observação de um estudo urodinâmio e preenchimento de uma bomba contínua de baclofeno.</p> <p>◆ Observação da avaliação do nível, extensão e localização da lesão através da escala ASIA, realizada pelo médico.</p> <p>◆ - Pesquisa em fontes fidedignas para aprofundar conhecimentos sobre a terapêutica específica administrada a este tipo de doentes</p>	<p>Enfermeiros Cooperantes</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Enfermeira Isabel Cardoso</p>	<p>Durante todo o estágio</p>
Colaborar na formação no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista.	<p>Elaboração de um poster para ser afixado no serviço sobre lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho com o título “ ENFERMAGEM...ARTE DE CUIDAR. CUIDE DOS OUTROS ...CUIDE DE SI TAMBÉM...!!!</p>	<p>Enfermeira Isabel Cardoso</p>	<p>4ª semana</p>

<p>Desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados à pessoa com TVM</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ - Criação de momentos de reflexão com o Enf.º Cooperante sobre a minha prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação; ◆ - Selecção para análise, das experiências de cuidados que foram formativas, proporcionaram perícia e desenvolvimento de competências em cuidados especializados e de qualidade; ◆ - Identificação de aspectos de desempenho profissional que me tenham sido menos fáceis de gerir, com o intuito de melhorar os meus conhecimentos nessas áreas; ◆ - Elaboração do relatório de contexto no final do estágio que reflecta o processo e resultados de aprendizagem desenvolvidos 	<p>Enfermeiros Cooperantes</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Enfermeira Isabel Cardoso</p>	<p>Durante todo o estágio</p>
---	--	--	-------------------------------

2 - CONCLUSÃO

Com a elaboração deste projecto de estágio considero que participámos activamente no nosso processo de aprendizagem, foram momentos em que parámos para pensar, reflectimos sobre a prática e sobre a especificidade do significado de ser Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação, num contexto tão peculiar como é o de doentes com TVM.

Esta experiência profissional de âmbito académico numa instituição onde a Enfermagem de Reabilitação tem um papel fundamental nos cuidados prestados a este tipo de doentes, é na nossa perspectiva a oportunidade de mobilizar para a prática um conjunto de conceitos adquiridos. É também a possibilidade de crescimento, de partilha de experiências e de reflexão, tendo em vista a aquisição de competências especializadas nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a prestar à pessoa com traumatismo vértebro medular.

Estamos consciente que a realização de um projecto exige uma reflexão útil, que permite a maximização das oportunidades de aprendizagem e é também um documento inacabado, sempre susceptível de ser melhorado e renovado se necessário, visando a optimização deste percurso formativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM (2010) Documento de apoio ao estágio I e II e relatório. Santarém. Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem/Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista (Caderno Temático)**. Ordem dos Enfermeiros [em linha]. [Consult. 11 Dez. 2010]. Disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>

ANEXO III

PROJECTO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Ano Lectivo 2010/2011

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II

PROJECTO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS



ELABORADO POR:

Enfermeira Isabel Cardoso

Aluno Nº: 090430004

Enfermeiro Cooperante: Enfermeira Especialista
em Enfermagem de Reabilitação Sílvia Fiuza

Orientador: Professor Joaquim Simões

SANTARÉM

Março 2011

“A sabedoria suprema seria ter sonhos
suficientemente grandes para não os perder
de vista enquanto se perseguem.”

William Faulkner

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	4
1 - OBJECTIVOS PESSOAIS E ACTIVIDADES	6
2 - CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

INTRODUÇÃO

Este Projecto de Estágio surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, inserido na Unidade Curricular Estágio II. Trata-se do estágio de opção, com a especificidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, que irá ser desenvolvido na Unidade Médico Cirúrgica no Hospital Pulido Valente, que decorrerá de 28 de Fevereiro a 26 de Março de 2011.

A escolha deste ensino clínico prendeu-se com o facto de na prática diária exercermos funções numa Unidade de Cuidados Intensivos. Torna-se assim importante a partilha de experiências neste contexto, objectivando um aprofundar de conhecimentos, no sentido de obter mais competências relacionadas com a prestação de cuidados em Enfermagem de Reabilitação integrado numa equipa interdisciplinar no âmbito da pessoa em estado crítico.

Um internamento numa unidade de cuidados intensivos deve ser considerado como parte de um processo e não um fim em si, sendo por definição um tempo transitório para doentes em risco de vida. Segundo ALEIXO (2007) uma UCI é um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato, não possível de ser efectuado noutros serviços do Hospital.

Os recursos tecnológicos, utilizados em ambiente de Cuidados Intensivos, exigem cada vez mais o desenvolvimento de competências técnicas de excelência no cuidar, solicitando aos profissionais que desempenham funções nesses espaços um esforço contínuo para estar sempre na vanguarda dos conhecimentos para aplicação prática, objectivando sempre uma prática de cuidados de qualidade e diferenciada.

De referir ainda, que nos sentimos bastante motivados para a sua realização. A atmosfera de cuidados e práticas de uma Unidade de Cuidados Intensivos é um ambiente que nos fascina enquanto enfermeiros, pelo que estamos convictos que a

motivação aliada aos anos de experiência profissional nesta área e o facto de primar pela excelência do cuidar, em conjunto com o empenhamento pessoal e a vontade de aprender mais e melhor irá ser mais-valias na concretização deste estágio.

Na elaboração deste projecto, mantivemos sempre a ideia de que este é um processo dinâmico, que poderá sofrer alterações sempre que seja considerado pertinente para a aprendizagem, ou pelo próprio contexto de uma qualquer situação.

Pretende-se que este projecto funcione como guia orientador no decorrer das intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas no decorrer do ensino clínico, esperando-se que o mesmo seja um elemento facilitador e nunca um elemento limitativo da minha evolução na aprendizagem.

Com a elaboração deste projecto individual de estágio pretendo:

- ▶▶ - Estabelecer Objectivos Pessoais para o actual Ensino clínico;
- ▶▶ - Conseguir uma melhor organização das actividades a desenvolver;
- ▶▶ - Facilitar a auto e hetero-avaliação de acordo com as actividades desenvolvidas.

A estrutura deste documento assenta essencialmente, em três partes distintas: a primeira que é a introdução onde contextualizo o tipo de estágio e explicito os objectivos deste documento. A segunda, onde são traçados os objectivos pessoais, as respectivas actividades a desenvolver, os intervenientes e o tempo em que decorrerá a actividade. Na terceira parte, fazemos uma breve conclusão relativa à importância dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

1 - OBJECTIVOS PESSOAIS E ACTIVIDADES

HOSPITAL PULIDO VALENTE

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS MÉDICO CIRURGICA (UCIMC)

1º Objectivo pessoal – Identificar o papel do Enfermeiro Especialista em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na UCIMC, em articulação com a equipa interdisciplinar		
Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<ul style="list-style-type: none">◆ - Observação da intervenção do Enfermeiro Especialista/ Cooperante na prestação de cuidados à pessoa internada no serviço◆ - Conhecimento da articulação do Enfermeiro Especialista com a equipa interdisciplinar nomeadamente com os fisioterapeutas◆ - Reflexão em conjunto com a Enfermeira Cooperante sobre a importância do papel do Enfermeiro de Reabilitação neste contexto◆ - Colaboração e participação nas diversas actividades e no que diz respeito à Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, em articulação com a equipa interdisciplinar	Enfermeira Cooperante Sílvia + Enfermeira Isabel Cardoso	Durante todo o estágio

2º Objectivo pessoal – Aprofundar conhecimentos, aperfeiçoando habilidades e desenvolvendo competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família em contexto de Cuidados Intensivos, de forma sistematizada e o mais precoce possível		
Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<ul style="list-style-type: none">◆ - Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e técnicas específicas da área de Enfermagem de Reabilitação		

<p>dirigida á pessoa em estado critico, objectivando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ - Preservação das capacidades existentes; ➤ - Diminuição das sequelas da imobilidade; ➤ - Prevenção das limitações futuras ➤ - Contribuição para a melhoria da ventilação/perfusão ➤ - Diminuição do tempo de internamento ➤ - Promoção do levante do leito o mais precocemente possível <p>◆ - Consulta do processo clínico para conhecimento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ - História actual e antecedentes ➤ - Exames auxiliares de diagnóstico <p>◆ - Observação e exame físico objectivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ - Avaliação dos parâmetros hemodinâmicos (Frequência Cardíaca, Pressão Arterial, Pressão Venosa Central, Temperatura Corporal) ➤ -Avaliação do estado consciência ➤ - Observação do tipo de ventilação (assistida, espontânea) ➤ - Padrão respiratório e ventilatório ➤ - Auscultação pulmonar <p>◆ - Planeamento das intervenções em função dos diagnósticos e características individuais, atendendo á gravidade do doente e à avaliação permanente do mesmo, adaptando os cuidados de Enfermagem de Reabilitação á situação clínica do doente no momento.</p> <p>◆ - Realização de exercícios de reeducação funcional respiratória melhorando a relação ventilação/perfusão, de acordo com a patologia e adaptados às necessidades individuais, sempre que a situação o permita, com intuito de manter a permeabilidade das vias aéreas, promover a expansão pulmonar, prevenir aderências pleurais, aumentar a tonificação muscular e a amplitude torácica, através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ - Ensino sobre posições de relaxamento e descanso ➤ - Consciencialização e dissociação dos tempos 	<p>Enfermeira Cooperante Silvia + Enfermeira Isabel Cardoso</p>	<p>Durante todo o estágio</p>
---	---	-------------------------------

<p>respiratórios,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ - Treino específico dos músculos respiratórios, através de exercícios de contra resistência e utilização de incentivadores respiratórios (inspirómetro/expirómetro) ➤ - Reeducação diafragmática e costal (global e selectiva) ➤ - Manutenção da permeabilidade das vias aéreas, através de métodos para facilitar a eliminação das secreções brônquicas como, posicionamentos, técnicas de compressão, vibração, percussão, tosse assistida e dirigida ➤ - Hidratação e fluidificação de secreções através da realização de inaloterapia e incentivo à ingestão hídrica <p>◆ - Realização de exercícios Reeducação Funcional Motora, o mais precoce possível, adaptado à pessoa (Posicionamentos Terapêuticos, transferências, exercícios de mobilidade articular, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de correcção postural, treino de equilíbrio estático e dinâmico)</p> <p>◆ - Colaboração no desmame ventilatório sempre que o doente apresente condições para o realizar, mantendo uma rigorosa monitorização dos parâmetros vitais objectivando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ - Melhoria da capacidade respiratória ➤ - Promoção da autonomia dos movimentos respiratórios ➤ - Melhoria do reflexo da tosse e a tolerância ao esforço ➤ - Vigilância de sinais de insuficiência respiratória, tais como: polipneia, tiragem intercostal, sudorese, palidez e cianose. <p>◆ - Avaliação da resposta ao longo das intervenções efectuadas, vigiando sinais de dificuldade respiratória,</p>		
--	--	--

<p>adaptando os cuidados de Enfermagem de Reabilitação</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ - Manutenção de um ambiente seguro, através da avaliação do risco de úlcera de pressão para a qualidade dos cuidados ◆ - Organização e gestão adequada dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação face às necessidades e prioridades que cada pessoa apresenta; ◆ - Registo dos respectivos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, utilizando os impressos utilizados no serviço ◆ - Transmissão na passagem de turno, dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados ◆ - Revisão bibliográfica relacionada com as patologias de acordo com as necessidades sentidas no decorrer do estágio. ◆ - Sistematização da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente em contexto de Cuidados Intensivos, de acordo com os problemas identificados, respeitando o código ético e deontológico da profissão; ◆ - Promoção de um ambiente de confiança com a pessoa e família, mostrando disponibilidade para esclarecimento de qualquer assunto que os perturbe ◆ - Avaliação e validação junto da família sobre o grau de conhecimento da patologia 		
<p>3º Objectivo pessoal - Reflectir na aquisição de competências na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em contexto de Cuidados Intensivos e no desempenho durante o estágio</p>		
Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<ul style="list-style-type: none"> ◆ - Desenvolvimento de processo contínuo de reflexão na acção, auto-aprendizagem, auto-crítica e aperfeiçoamento profissional na prestação de cuidados especializados ◆ - Reflexão com a Enfermeira Cooperante sobre a minha actuação no sentido de melhorar e aperfeiçoar o meu 	<p>Enfermeira Cooperante Silvia + Enfermeira Isabel Cardoso</p>	<p>Durante todo o estágio</p>

<p>desempenho na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação neste contexto</p> <p>◆ - Elaboração de relatório final de estágio com o relato da implementação deste projecto, reflectindo sobre o processo e os resultados da aprendizagem efectuada</p>		
--	--	--

2 – CONCLUSÃO

As Unidades de Cuidados Intensivos surgem com o intuito de concentrar uma panóplia de recursos humanos e materiais para atender ao doente crítico em estado grave, aparecem para suportar necessidades e funções fisiológicas que podem ser recuperáveis. A necessidade de observação constante, atenção imediata e todo um sistema e ambiente altamente tecnológico vigente, exigem por si só, a excelência dos cuidados.

Em suma é um contexto complexo e exigente, que merece uma especial atenção no âmbito do Enfermeiro Especialista em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, onde o seu desempenho tem uma importância primordial para obter ganhos em saúde nomeadamente na prevenção de limitações futuras, preservando as capacidades existentes, diminuindo as sequelas da imobilidade, objectivando a autonomia, independência funcional e conseqüentemente a máxima qualidade de vida do doente.

Ao finalizar este projecto e reflectindo sobre o mesmo, pretendemos que a sua construção permita atingir os objectivos pessoais através das actividades propostas para desenvolver no decorrer do período de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Medico Cirúrgica, prestando cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente em estado crítico/família e desenvolvendo competências nesta área do cuidar tão diferenciada.

Estamos consciente que a realização de um projecto exige uma reflexão útil, que permite a maximização das oportunidades de aprendizagem e é também um documento inacabado, sempre susceptível de ser melhorado e renovado se necessário, visando a optimização deste percurso formativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, Fernando (2007) - Unidade de Cuidados Intensivos – Manual de Enfermagem, Portimão/Lagos

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM (2010) Documento de apoio ao estágio I e II e relatório. Santarém. Autor

ANEXO IV

PLANO DE CUIDADOS

ANEXO IV – PLANO DE CUIDADOS

Identificação e história do doente

Diagnóstico: AVC cardioembólico

Identificação: JCS, sexo masculino, raça caucasiana, 79 anos de idade (idade real não corresponde á aparente, pois parece mais novo), reformado e casado

Situação social: vive com a esposa em casa própria, totalmente independente para as suas actividades de vida diária.

Antecedentes pessoais: Fibrilhação auricular, hipertensão, hábitos alcoólicos

Medicação de ambulatório ácido fólico, AAS, Valsartan/hidroclorotiazida, omeprazol, sucralfato, diosmina, alprazolam e ácido alendróico.

Historia actual no dia 11/10/2010 pelas 10h iniciou subitamente quadro de disartria e hemiparésia direita, tendo sofrido queda com traumatismo da face à direita. Recorre ao serviço de urgência do hospital de Torres Vedras, tendo sido activada a Via Verde AVC inter-hospitalar (Hospital S. José) pelas 12:35h.

À chegada (14h) apresentava-se consciente, com resposta verbal incompreensível por afasia global, dirigindo o olhar à chamada, com olhar preferencialmente para a esquerda, ultrapassando a linha média, ausência de reflexo à ameaça à direita, pupilas isocóricas, simétricas, reactivas, parésia facial tipo central direita, hemiparésia direita

TAC CE evidenciou enfarte occipito-parietal direito **não** recente sem alterações de natureza aguda. Iniciou de imediato protocolo de trombólise (às 14:27h, ou seja 4:27h de evolução após instalação dos sintomas).

Angiografia realizada de imediato evidenciou oclusão por trombo do segmento M1 distal, foi efectuada trombectomia.

TAC CE de controlo às 24h (12/10) pós intervenção mostrou lesão hipodensa temporo-lenticulo-capsulo-caudada esquerda, com limites um pouco imprecisos, com efeito de massa sobre corno frontal do ventrículo lateral do mesmo lado e sulcos temporo-insulares esquerdos, traduzindo lesão isquémica aguda.

A RM CE (13/10) lesão lenticulo-capsular esquerda, com extensão á coroa radiaria homolateral, com discreto efeito de massa sobre o corno frontal e corpo do ventrículo lateral, sem desvio das estruturas da linha média e ainda áreas de hipersinal em topografia cortico-subcortical temporo-fronto-parietal á esquerda, correspondendo a

lesões de etiologia vascular isquémica recente no território de distribuição vascular da artéria cerebral média homo lateral.

Como intercorrências no internamento há a referir quadro de infecção respiratória, com secreções muco purulentas.

22/10/2010 - Clinicamente estável, embora mantendo necessidade de internamento em cuidados intermédios é transferido para o hospital da área de residência (Torres Vedras)

18/11/2010 – Teve alta para domicílio

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (9/11/2010)

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Escala de coma de Glasgow

Nível de Consciência: Glasgow 12, (devido á resposta verbal ser incompreensível) desperto, consciente e agitado por períodos, respondendo aos estímulos.

Avaliação das pupilas: Isocóricas e isoreactivas

- **Avaliação das capacidades cognitivas**

Orientação temporo-espacial: desorientado tempo e no espaço

Atenção: Atento e vigil

Memória e aprendizagem: Consegue repetir na totalidade de uma sequência de palavras que lhe são transmitidas oralmente

Expressão e compreensão oral: Discurso lento e por vezes imperceptível

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS

Par craniano	Avaliação
I – Olfactivo	Sem alterações
II – Óptico	Sem alterações
III - Oculomotor Comum IV – Patético (TrocLEAR) VI - Abductor ou Oculomotor Externo (Abducente)	Sem alterações
V – Trigémio	Ligeira atrofia muscular facial esquerda
VII – Facial	Desvio da comissura labial à esquerda acentuada
VIII - Auditivo ou Estatoacústico (Vestíbulo-coclear)	Audição normal Desequilíbrio estático e dinâmico em pé
IX - Glossofaríngeo	Sem alterações
X – Vago (Pneumogástrico)	Diminuído (disfagia a líquidos)
XI – Espinhal	Sem alterações
XII - Hipoglosso	Diminuído (disartria))

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

Articulações		Força Muscular
Pescoço		5/5
Tronco		5/5
Membro Superior Direito	Escapulo-umeral	4/5
	Úmero-cubital	4/5
	Rádio-Metacarpiana	2/5
	Interfalangicas	2/5
Membro Superior esquerdo	Escapulo-umeral	5/5
	Úmero-cubital	5/5
	Rádio-Metacarpiana	5/5
	Interfalangicas	5/5
Membro Inferior Direito	Coxo-femural	3/5
	Fémur-Tibial	3/5
	Tíbio-Társica	3/5
	Interfalangicas	3/5
Membro Inferior esquerdo	Coxo-femural	5/5
	Fémur-Tibial	5/5
	Tíbio-Társica	5/5
	Interfalângicas	5/5

FORÇA Escala Lower (1993):

5/5 - Movimento normal contra gravidade e resistência

4/5 – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;

3/5 – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

2/5 – Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;

1/5 – Observa-se contracção palpável e/ou visível sem movimento.

0/5 – Sem contracção muscular e sem movimento

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

	Face e Cabeça		Membro superior		Membro Inferior	
	Direita	Esquerda	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Térmica	M	M	M	M	M	M
Álgica	M	M	D	M	M	M
Táctil	M	M	M	M	M	M
Postural	NT	M	A	M	D	M

SENSIBILIDADE: M – Mantido D – Diminuída A – Ausente NA – Não Avaliável

AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR

Articulações		Amplitude
PESCOÇO		M
TRONCO		M
Membro Superior Direito	Escapulo-umeral	D
	Úmero-cubital	D
	Rádio-Metacarpiana	D
	Interfalangicas	D
Membro Superior esquerdo	Escapulo-umeral	M
	Úmero-cubital	M
	Rádio-Metacarpiana	M
	Interfalangicas	M
Membro Inferior Direito	Coxo-femural	D
	Fémur-Tibial	D
	Tíbio-Társica	D
	Interfalangicas	D
Membro Inferior esquerdo	Coxo-femural	M
	Fémur-Tibial	M
	Tíbio-Társica	M
	Interfalângicas	M

AMPLITUDE: M – mantida D - Diminuída

AVALIAÇÃO POR ACTIVIDADES DE VIDA

Actividades de Vida	Avaliação
Alimentação	Dependente em grau muito elevado –
Higiene	Dependente em grau elevado
Vestuário	Dependente em grau moderado
Eliminação Vesical	Sem controlo de esfíncter
Eliminação Intestinal	Som controlo de esfíncter
Mobilidade	Dependente em grau elevado
Comunicação	Discurso lentificado, pobre e disártico
Manter ambiente seguro	Insegurança perante a situação clínica
Respiração	Sem alterações

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL (INDICE DE BARTHEL)

DIA 9/11/2010

Início de cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Actividade de Vida Diárias	
Alimentar	Incapaz (0)
	Com ajuda (5)
	Independente (10)
Higiene Pessoal	Com ajuda(0)
	Independente (5)
Eliminação vesical	Incontinente/ Algaliado (0)
	Problemas ocasionais (5)
	Continente(10)
Eliminação intestinal	Incontinente (0)
	Acidente Ocasional (5)
	Continente (10)
Transferência	Incapaz(0)
	Grande ajuda (5)
	Pequena ajuda (10)
	Independente (15)
Mobilidade	Incapaz (0)
	Cadeira de rodas (5)
	Anda com ajuda (10)
	Independente (15)
Ir ao WC	Incapaz(0)
	Com ajuda (5)
	Independente (10)
Vestir/despir	Incapaz (0)
	Com ajuda(5)
	Independente (10)
Tomar banho	Dependente (0)
	Independente(5)
Subir e Descer escadas	Incapaz(0)
	Com ajuda (5)
	Independente (10)
Total	5

61-99 – Dependência leve **41-60** – Dependência moderada **21-40** – Dependência severa

0-20 – Dependência total

Doente dia 9/11/2010 apresenta Dependência Total

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL (INDICE DE BARTHEL)

DIA 18/11/2010 (Dia da Alta)

Actividade de Vida Diárias	
Alimentar	Incapaz (0)
	Com ajuda (5)
	Independente (10)
Higiene Pessoal	Com ajuda(0)
	Independente (5)
Eliminação Vesical	Incontinente/ Algaliado (0)
	Problemas ocasionais (5)
	Continente(10)
Eliminação Intestinal	Incontinente (0)
	Acidente Ocasional (5)
	Continente (10)
Transferência	Incapaz(0)
	Grande ajuda (5)
	Pequena ajuda (10)
	Independente (15)
Mobilidade	Incapaz (0)
	Cadeira de rodas (5)
	Anda com ajuda (10)
	Independente (15)
Ir ao WC	Incapaz(0)
	Com ajuda (5)
	Independente (10)
Vestir/despir	Incapaz (0)
	Com ajuda(5)
	Independente (10)
Tomar Banho	Dependente (0)
	Independente(5)
Subir e Descer escadas	Incapaz(0)
	Com ajuda (5)
	Independente (10)
Total	60

61-99 – Dependência leve **41-60** – Dependência moderada **21-40** – Dependência severa

0-20 – Dependência total

Doente dia 18/11/2010 apresenta Dependência Moderada

Plano de Cuidados de Reabilitação

Data	Diagnostico de Enfermagem	Intervenções	Data	Avaliação
9/11	<p>✂ - Alteração da mobilidade relacionado com AVC manifestado por:</p> <p>Hemiparésia à direita:</p> <p>Força Muscular: 4/5 Escápulo-Umeral 4/5 Úmero-Cubital 2/5 Rádio-Metacarpiana 2/5 Interfalângicas da mão 3/5 Coxo-femural 3/5 Fémur-Tibial 3/5 Tibio-tásica 3/5 Interfalangicas do pé</p> <p>Desequilíbrio estático em pé</p>	<p>◆ Incentivo do doente para a mobilidade;</p> <p>◆ Execução de técnica de mobilização passiva da articulação Rádio-Metacarpiana e Interfalângicas da mão</p> <p>◆ Instrução e treino de técnica de mobilização activa das articulações com grau de força muscular 3/5.</p> <p>◆ Execução de técnica de mobilização activa resistida das articulações com grau de força muscular superior 3/5.</p> <p>◆ Instrução/ Treino de actividades terapêuticas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-mobilizações; - Ponte; - Rotação da anca 	09/11	<p>Mobiliza activamente o hemicorpo direito quando é estimulado, (excepto punho e dedos da mão direita)</p> <p>Mantém desequilíbrio estático e em pé.</p> <p>Participativo no programa de reabilitação no início do turno mas no final apresenta-se renitente aos exercícios e não colabora</p>

<p>12/11</p>	<p>✧ Alteração da mobilidade relacionado com AVC manifestado por:</p> <p>Hemiparésia à direita:</p> <p>Força Muscular: 4/5 Escápulo-Umeral 4/5 Úmero-Cubital 3/5 Rádio-Metacarpiana 3/5 Interfalângicas da mão 4/5 Coxo-femural 4/5 Fémur-Tibial 4/5 Tibio-tásica 4/5 Interfalangicas do pé</p> <p>Desequilíbrio dinâmico em pé</p>	<p>- Rotação do tronco; - Facilitação Cruzada</p> <p>◆ Incentivo do doente para a mobilidade;</p> <p>◆ Instrução e treino de técnica de mobilização activa das articulações com grau de força muscular 3/5.</p> <p>◆ Execução de técnica de mobilização activa resistida das articulações com grau de força muscular superior 3/5.</p> <p>◆ Ensino acerca do treino de marcha (usando produtos de apoio - andarilho)</p> <p>◆ Assistência na marcha</p> <p>◆ Correção postural</p> <p>◆ Elogio dos progressos verificados (reforço positivo)</p>	<p>12/11</p>	<p>Respondeu activamente às mobilizações dos segmentos articulares com força superior a 3/5</p> <p>Executou as actividades terapêuticas sem dificuldade</p> <p>Iniciou treino de marcha com apoio de andarilho acompanhado pelo enfermeiro com sucesso, percorreu cerca de 10 metros</p>
<p>16/11</p>	<p>✧ Alteração da mobilidade relacionado com AVC manifestado por:</p> <p>Hemiparésia à direita:</p>	<p>Incentivo do doente para a mobilidade;</p> <p>Execução de técnica de mobilização activa resistida de todos os segmentos</p>	<p>16/11</p>	<p>Encontra-se mais motivado e participativo no processo de reabilitação.</p>

	<p>Força Muscular: 4/5 Escápulo-Umeral 4/5 Úmero-Cubital 4/5 Rádio-Metacarpiana 4/5 Interfalângicas da mão 4/5 Coxo-femural 4/5 Fémur-Tibial 4/5 Tibio-tásica 4/5 Interfalangicas do pé</p> <p>Desequilíbrio dinâmico em pé</p>	<p>articulares</p> <p>Assistência na marcha com apoio de andarilho</p> <p>Correcção da postura corporal</p> <p>Elogio aos progressos (reforço positivo)</p>	<p>Estimulado consegue deambular no serviço com produto de apoio (andarilho) percorrendo cerca de 50 metros. Necessita de ser lembrado acerca da manutenção de uma correcta postura corporal</p> <p>17/11 Situação sobreponível ao dia anterior</p> <p>18/11 Deambula com apoio de andarilho por períodos, apenas com supervisão do enfermeiro. Mantêm postura correcta na marcha. Percorre cerca de 100m, com boa tolerância e cerca de 2 a 3 vezes no turno.</p> <p>Encontra-se mais motivado e participativo no processo de reabilitação e muito satisfeito com a sua evolução</p>
--	---	---	---

<p>9/11</p>	<p>✘ Dependência no auto-cuidado higiene presente em grau elevado* relacionado com hemiparésia à direita * (A pessoa independentemente não completa nenhuma actividade inerente ao auto-cuidado higiene)</p>	<p>Assistência no auto-cuidado de higiene; Informação sobre o uso de equipamento adaptativo, como cadeira higiénica, barras de apoio, etc Ensino sobre estratégias a utilizar, incentivando o doente Transmissão de reforço positivo para os pequenos sucessos</p>	<p>9/11</p> <p>12/11</p>	<p>Não realizou o auto-cuidado de higiene, necessitando da ajuda total do enfermeiro.</p> <p>Foi ao duche em cadeira higiénica, conseguindo manter-se de pé apoiado nas barras de apoio. Apenas conseguiu lavar a região abdominal e perineal sentado.</p>
<p>15/11</p>	<p>✘ Dependência no auto-cuidado higiene presente em grau moderado** relacionado com hemiparésia à direita **(A pessoa inicia algumas actividades inerentes ao auto-cuidado higiene, ou completa algumas de forma independente)</p>	<p>Assistência no auto-cuidado de higiene; Incentivo ao doente para realizar o auto-cuidado de higiene; Transmissão de reforço positivo para os pequenos sucessos</p>	<p>15/11</p> <p>18/11</p>	<p>Consegue manter-se de pé, apoiando-se nas barras de apoio. Lava a face, o pescoço, a região anterior do tórax, região abdominal e perineal sozinho.</p> <p>Situação sobreponível ao dia 15/11</p>

<p>9/11</p>	<p>✘ Dependência no auto-cuidado vestuário presente em grau moderado* relacionado com hemiparésia à direita</p> <p>*(a pessoa não inicia todas as actividades inerentes ao auto-cuidado vestuário, ou não as completa de forma independente)</p>	<p>Ensino sobre estratégias a utilizar; Treino e incentivo sobre ao auto-cuidado vestuário, Assistência no auto-cuidado vestuário; Transmissão de reforço positivo para os pequenos sucessos.</p>	<p>9/11</p> <p>12/11</p> <p>15/11</p> <p>18/11</p>	<p>Receptivo ao ensino efectuado sobre auto-cuidado vestir/despir Tem iniciativa para o fazer, contudo necessita ainda de ajuda para vestir quer a camisa quer as calças e não consegue abotoar os botões</p> <p>Tem iniciativa para o fazer, conseguindo puxar as calças ou a camisa, no entanto ainda necessita de ajuda do enfermeiro.</p> <p>Situação sobreponível a 12/11.</p> <p>Consegue vestir a camisa e abotoar os botões, necessitando de ajuda parcial para vestir as calças.</p>
<p>9/11</p>	<p>✘ Dependência no auto-cuidado transferir-se</p>	<p>Ensino sobre estratégias a utilizar no</p>	<p>9/11</p>	<p>Necessitou de ajuda total para a</p>

	<p>presente em grau elevado* relacionado com a hemiparésia á dta</p> <p>*(a pessoa não inicia todas as actividades inerentes ao auto-cuidado transferir-se, ou não as completa de forma independente)</p>	<p>auto cuidado transferir-se;</p> <p>Treino e incentivo sobre o auto-cuidado transferir-se;</p> <p>Transferir o doente da cama para cadeira e vice-versa.</p> <p>Elogiar os progressos (reforço positivo)</p>		<p>transferência. Pareceu compreender o processo</p>
16/11	<p>✘ Dependência no auto-cuidado transferir-se presente em grau moderado relacionado com a hemiparésia á dta</p> <p>(inicia e completa actividades inerentes ao transferir-se. No entanto requer orientação e/ou incentivo á iniciativa)</p>	<p>Ensino sobre estratégias a utilizar no auto cuidado transferir-se;</p> <p>Treino e incentivo sobre o auto-cuidado transferir-se</p> <p>Assistência no auto-cuidado transferir-se da cama para cadeira e vice-versa</p> <p>Elogio aos progressos</p>	16/11	<p>Fez a transferência para cadeira com ajuda parcial sem dificuldade</p>
9/11	<p>✘ Dependência no auto-cuidado comer presente em grau muito elevado* relacionado</p>	<p>Ensino sobre estratégias a utilizar no auto cuidado comer;</p>	9/11	<p>Doente não colaborante para os ensinios, pois recusa alimentar-se</p>

	<p>com hemiparésia à direita</p> <p>(não inicia nenhuma actividade de forma independente inerente ao auto-cuidado comer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivo ao doente para a realização do auto-cuidado comer - Treino para comer com a mão direita; - Assistência no auto-cuidado comer - Elogio aos progressos 	<p>12/11</p> <p>15/11</p> <p>18/11</p>	<p>Mais participativo, necessitou que lhe cortassem os alimentos e tende a usar a mão esquerda para levar os alimentos à boca</p> <p>Situação sobreponível a 12/11</p> <p>Necessita de ajuda para cortar os alimentos e leva-os á boca, por vezes com a mão direita.</p>
9/11	<p>✘ Alteração da eliminação relacionada com AVC manifestado por incontinência de esfíncter vesical (algaliado) e intestinal</p>	<p>Foi retirada algália no turno manhã;</p> <p>Manutenção da campainha acessível;</p> <p>Garantia do acesso ao urinol/WC em tempo útil;</p> <p>Incentivo a urinar em intervalos regulares, 2/2 ou de 3/3 horas (ajustar em função do ritmo de líquidos ingeridos) de modo a manter a bexiga relativamente vazia</p>	<p>9/11</p> <p>12/11</p> <p>15/11</p> <p>18/11</p>	<p>Urinou espontaneamente na fralda no turno da tarde</p> <p>Urinou no urinol ás 9h e as 13 h (tendo-lhe sido oferecido o urinol e não solicitado por si)</p> <p>Situação sobreponível a 12/11</p> <p>Solicita ida ao WC para urinar. Não se tem verificado perdas de urina involuntárias</p>

<p>9/11</p>	<p>✧ Alteração da comunicação relacionado com AVC isquêmico que se manifesta por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Discurso lentificado e pobre ➤ Disartria ➤ Assimetria facial (desvio da comissura labial para a esquerda) acentuada 	<p>- Reduzir ao mínimo a quantidade de líquidos ingerida após as 18 horas</p> <p>- Elogio aos progressos do doente</p> <p>Incentivo à execução de exercícios de fortalecimento da musculatura facial: (massagem facial/toque; beber por uma palhinha; assobiar; “dar beijinhos para o ar”; encher um balão).</p> <p>Estimular o doente a falar devagar, discursar usando palavras simples e frases curtas;</p> <p>Proporcionar um ambiente calmo e silencioso ao redor da doente, onde ela possa exercitar a voz com concentração;</p> <p>Proporcionar tempo à doente para responder às nossas perguntas, ao seu ritmo, e não antecipar respostas;</p> <p>Corrigir na articulação das palavras, sempre que necessário; Usar técnicas de</p>	<p>9/11 Pouco participativo na execução de exercícios de fortalecimento da musculatura facial. Verbaliza palavras simples como “sim”, “está bem”, “não quero”, após muito incentivo.</p> <p>12/11 Mais participativo na execução de exercícios de fortalecimento da musculatura facial. Verbaliza mais palavras, não construindo ainda frases após muita estimulação</p>
--------------------	--	---	--

		<p>reorganização (terapia melódica e rítmica). Enfatizar o som no final das palavras e as palavras mais importantes em cada frase.</p> <p>Combinar comunicação verbal com gestual.</p> <p>Usar apenas palavras com sentido óbvio.</p> <p>Dar tempo ao doente para a resposta.</p> <p>Elogiar sempre a doente pelo sucesso obtido;</p>		
16/11	<p>✘ Alteração da comunicação relacionado com AVC isquémico que se manifesta por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Discurso lentificado e pobre ➤ Disartria ➤ Assimetria facial (desvio da comissura labial para a esquerda) discreta 	<p>- Incentivo à execução de exercícios de fortalecimento da musculatura facial: (massagem facial; beber por uma palhinha; assobiar; “dar beijinhos para o ar”; encher um balão).</p> <p>-Ensino a falar devagar usando palavras simples e frases curtas;</p> <p>-Proporcionar um ambiente calmo e</p>	16/11	<p>Participativo nos exercícios de fortalecimento facial, fazendo-os por sua iniciativa.</p> <p>Profere já uma frase, embora necessite incentivo constante</p> <p>18/11 Sem incentivo, deseja “Bom dia”, conseguindo construir uma frase de forma perceptível, embora</p>

9/11	✧ Processo social comprometido	<p>silencioso ao redor do doente, onde ele possa exercitar a voz com concentração;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar tempo ao doente para responder às nossas perguntas, ao seu ritmo, e não antecipar respostas; - Corrigir na articulação das palavras, sempre que necessário; - Combinar comunicação verbal com gestual. - Dar tempo ao doente para a resposta. <ul style="list-style-type: none"> - Identificação do cuidador informal; - Identificação das barreiras arquitectónicas no domicílio - Informar a pessoa/ cuidador informar sobre os recursos existentes na comunidade; - Fornecimento do guia “Cuidar da pessoa idosa com acidente vascular cerebral no domicílio “ (em uso no 	<p>utilize discurso pobre</p> <p>9/11 Filho é o cuidador informal. Muito interessado no processo de reabilitação do pai e no seu regresso a casa.</p> <p>Refere ter cama articulada com colchão de pressão alternada e cadeira de rodas que conseguiu através de amigos.</p> <p>Deslocou-se ao serviço social para</p>
------	---------------------------------------	---	--

		<p>Serviço);</p> <p>- Planeamento dos ensinios ao Cuidador Informal relativo ao controlo de factores de risco assim como aos auto cuidados em dependência</p>	<p>12/11</p> <p>15/11</p>	<p>obtenção do serviço de apoio domiciliário (higiene/conforto) e aquisição de produto de apoio aconselhado (andarilho)</p> <p>Cuidador refere ter iniciado obras no domicílio com vista á adaptação da situação do pai, nomeadamente substituição de banheira por base de duche e colocação de barras de apoio quer na zona da base de duche quer da sanita.</p> <p>Serviço social garante serviço de apoio domiciliário e produto de apoio solicitado.</p> <p>O filho, acompanhado pela mãe foi alvo de ensino relativo: aos auto cuidados: higiene; vestir/despir, transferência de cama/cadeira,</p>
--	--	---	---	--

				<p>alimentação. Assim como relativamente às estratégias a usar para comunicar com o Sr, eliminação vesical, ao incentivo e apoio na marcha e à importância do controlo de factores de risco.</p> <p>Mostraram-se ambos muito interessados e apreenderam sem dificuldade o que lhes foi ensinado.</p>
--	--	--	--	--

ANEXO V

POSTER

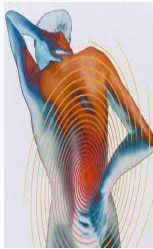
“ENFERMAGEM...ARTE DE CUIDAR. CUIDE DOS OUTROS...CUIDE DE SI
TAMBÉM...!

ENFERMAGEM ... ARTE DE CUIDAR

CUIDE DOS OUTROS... CUIDE DE SI TAMBÉM...!!!

LMELT- LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO

Conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor, resultantes da acção de factores de risco profissionais, como a repetitividade, a sobrecarga e/ou a postura adoptada durante o trabalho. (DGS, 2008)



Neuromusculares
Tendinosas
Nervosas
Hérnia Discal



**Quebra da Produtividade
Aumento do Absentismo**

REGIÕES MAIS AFECTADAS

Região
Lombar



Ombros

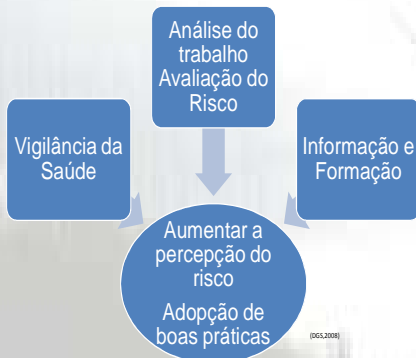
Região
Cervical



Joelhos

Somente **50%** dos enfermeiros percebem os riscos de natureza ergonómica existentes no ambiente de trabalho (MIGNANO et al. 2007)

PREVENÇÃO DAS LMELT



FACTORES DE RISCO

INDIVIDUAIS:

- Idade
- Sexo
- Condições socioeconómicas
- Alterações músculo-ligamentares
- Factores psicológicos

ERGONÓMICOS:

- Equipamentos e mobiliário
- Organização e execução do trabalho
- Especialidades
- Tempo e condições de serviço
- Exigência da tarefa

PROFISSIONAIS:

- Manutenção de uma mesma postura por tempo prolongado
- Levante e mobilização de utentes e cargas

(PINHO e cols., 2001)



MECÂNICA CORPORAL

Conjunto de esforços coordenados dos sistemas músculo-esquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento corporal durante o levantar, curvar, mover e realizar as actividades de vida diária (LAPA, 2007)



- Facilita os processos assistenciais
- Reduz o risco de traumatismo
- Facilita o desenvolvimento corporal
- Permite o uso mais eficiente de energia (LAPA, 2007)

ANEXO VI

CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO PICO

ANEXO VI – CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO PICO

P	Participantes	Quem foi estudado?	A pessoa em situação de AVC em contexto hospitalar	Palavras-Chave: Rehabilitation Nursing; Self care; Stroke.
I	Intervenções	O que foi feito?	A intervenção do Enfermeiro de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da Reeducação Funcional Motora	
(C)	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	Promove o auto-cuidado	

ANEXO VII

CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ESTUDOS/ARTIGOS

ANEXO VII – CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE
ESTUDOS/ARTIGOS

<u>Critérios de selecção</u>	<u>Critérios de inclusão</u>	<u>Critérios de Exclusão</u>
Participantes	Pessoas em situação de AVC e internadas em contexto hospitalar	Crianças e adolescentes. Pessoas com outro tipo de patologia Pessoas com AVC em contexto extra hospitalar
Intervenção	Estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas literatura e estudos de caso que abordem a problemática da Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa em situação de AVC	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica e não abordem a reabilitação da pessoa em situação de AVC e com data anterior a 2004

ANEXO VIII

CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE

ANEXO VIII – CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE

<p align="center">CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE</p>	<p align="center">NÚMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS NA PLATAFORMA EBSCO: CINAHL SEM FILTRO CRONOLÓGICO</p>	<p align="center">NÚMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS NA PLATAFORMA EBSCO: CINAHL COM FILTRO CRONOLÓGICO 2004-2011</p>
<p align="center">REHABILITATION NURSING AND SELF CARE</p>	<p align="center">460 Artigos</p>	<p align="center">240 Artigos</p>
<p align="center">REHABILITATION NURSING AND STROKE</p>	<p align="center">755 Artigos</p>	<p align="center">432 Artigos</p>
<p align="center">SELF CARE AND STROKE</p>	<p align="center">3499 Artigos</p>	<p align="center">2691 Artigos</p>

ANEXO IX

PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DE ARTIGOS

ANEXO IX – PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DE ARTIGOS



ANEXO X

ANÁLISE DO ARTIGO “WHAT DOES REHABILITATION AND NURSING CARE
IMPLIES FOR PATIENTS WITH STROKE?”

ANEXO X- ANÁLISE DO ARTIGO “WHAT DOES REHABILITATION AND NURSING CARE IMPLIES FOR PATIENTS WITH STROKE?”

Estudo	<p>What does rehabilitation and nursing care implies for patients with stroke? Maria Engman, Leg. sjuksk., Fil. Mag. i Omvårdnad, Medicinskt ansvarig sjuksköterska – Solveig M Lundgren, Leg. sjuksk.,Filosofie Doktor, Universitetslektor 2009</p>	
Participantes	<p>Pacientes com o diagnóstico de AVC internados em dois departamentos de reabilitação num hospital do Oeste da Suécia.</p>	
Intervenções	<p>Estudo qualitativo com entrevistas semi-estruturadas que decorreu da Primavera de 2005 a Outono de 2006, num total de onze entrevistas (sete mulheres e quatro homens) cuja idade variou entre 63 e os 88 anos. A idade média foi de 80 anos.</p>	
Resultados	<p>Os pacientes associaram a reabilitação ao exercício físico, visto como uma actividade desenvolvida em conjunto com o fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional. As actividades realizadas na enfermaria nomeadamente lavar-se, vestir-se, movimentar-se são importantes para recuperar a capacidade e aumentar a qualidade de vida destes doentes com AVC mas não foi visto pelos doentes como cuidados de reabilitação. Descrevem os Enfermeiros como maravilhosos, mas sentiram que os mesmos não estavam envolvidos na formação e na reabilitação. Este estudo mostra que os Enfermeiros promovem e facilitam a recuperação do doente através de actividades para o auto-cuidado mas os doentes vêm estas acções de forma vaga e não especificas relacionadas com as funções de reabilitação do Enfermeiro. Os Enfermeiros não planeavam nem discutiam com o doente o plano de cuidados relativo ao processo de reabilitação. Os doentes queriam mais atenção por parte dos Enfermeiros, através de apoio e ensino e onde fosse explicado a finalidade da reabilitação. Assim o Enfermeiro deve educar e ensinar, de modo a satisfazer as necessidades de auto-cuidado dos doentes, para que estes percebam o valor da sua própria reabilitação, e reconheçam a sua capacidade para o auto-cuidado, permitindo que estes se tornem mais autónomos e independentes. A reabilitação deve ser baseada numa comunicação mais clara e na cooperação aberta entre Enfermeiro e paciente em que é primordial a participação activa do doente.</p>	
Nº de Artigo 50	Nível de Evidência – V	Tipo de Estudo – Qualitativo

ANEXO XI

ANÁLISE DO ARTIGO “TASK-ORIENTED TRAINING IN REHABILITATION
AFTER STROKE: SYSTEMATIC REVIEW”

ANEXO XI – ANÁLISE DO ARTIGO “TASK-ORIENTED TRAINING IN REHABILITATION AFTER STROKE: SYSTEMATIC REVIEW”

Estudo	Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review Marijke Rensink, Marieke Schuurmans, Eline Lindeman & Thora Hafsteinsdottir Accepted for publication 20 November 2008	
Participantes	Relatório de uma auditoria realizada para fornecer uma visão geral sobre a evidência na literatura relativo à formação orientado para a tarefa em doentes com AVC e a sua relevância para a prática de Enfermagem	
Intervenções	Revisão sistemática da literatura através de uma gama de base de dados incluindo Medline, Cinahl, com artigos publicados em Inglês entre Janeiro de 1996 e Setembro de 2007, num total de 42 trabalhos	
Resultados	Enfermagem de reabilitação centra-se em cuidar de pessoas com deficiência ou doença crónica para atingir a capacidade funcional máxima, manter a sua saúde óptima a adaptar-se a um estilo de vida alterado. Foram identificadas seis funções para o papel do enfermeiro na reabilitação: avaliação, coordenação, comunicação, integração de terapia, apoio emocional e assistência técnica e física. Um autor acrescenta ainda a contribuição de estar sempre presente durante todo o dia. Existe uma conexão positiva entre melhoria da aptidão física e desempenho funcional. O treino da condição física deve ser considerado um aspecto muito importante na reabilitação do doente com AVC, pois aumenta a resistência, melhorando o estado funcional. A reabilitação orientada para a tarefa nos doentes com AVC é eficaz e relevante para a prática de Enfermagem. A melhoria das incapacidades é fundamental para o movimento funcional. Os Enfermeiros podem e devem desempenhar um papel importante, criando oportunidades para a prática de tarefas funcionais adaptado às necessidades de cada doente e em colaboração com a restante equipa interdisciplinar. A utilização activa de formação orientado para as tarefas nos doentes com AVC levam a melhorias nos resultados funcionais e globais melhorando a sua qualidade de vida	
Nº de Artigo 59	Nível de Evidência – V	Tipo de Estudo – Revisão da literatura

ANEXO XII

ANÁLISE DO ARTIGO “THE NATURE OF NURSING CARE AND
REHABILITATION OF FEMALE STROKE SURVIVORS: THE PERSPECTIVE OF
HOSPITAL NURSES”

ANEXO XII – ANÁLISE DO ARTIGO “THE NATURE OF NURSING CARE AND REHABILITATION OF FEMALE STROKE SURVIVORS: THE PERSPECTIVE OF HOSPITAL NURSES”

Estudo	The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors:the perspective of hospital nurses Kari Kvigne; Marit Kirkevold; Eva Gjengedal 2004	
Participantes	Catorze Enfermeiras na prestação de cuidados para os 25 Pacientes incluídos no estudo de duas unidades médicas gerais e uma unidade de reabilitação em três hospitais da Noruega	
Intervenções	Estudo fenomenológico que investigou as experiências de sobreviventes de AVC do sexo feminino durante um ano e seis meses, a partir de uma perspectiva feminista.	
Resultados	As Enfermeiras deste estudo descreveram o foco da sua atenção em dois aspectos: ajudar o paciente a recuperar e manter as funções do corpo e a gerir aspectos práticos da vida quotidiana. Quanto ao primeiro diz respeito às primeiras horas e dias seguintes após a ocorrência do AVC, em que é prioritário preservar a vida, o que implica uma vigilância permanente de toda a situação, ao mesmo tempo que se torna também importante nesta fase prevenir complicações, sendo fundamental os posicionamentos regulares e os exercícios de amplitude de movimentos. Após a estabilização do quadro clínico o foco de atenção foi direccionado para recuperar as habilidades funcionais, em que as enfermeiras utilizavam exercícios quando o paciente não conseguia mobilizar os seus membros de forma independente. A promoção de capacidades para gerir os aspectos práticos da vida quotidiana relaciona-se com o ajudar o paciente a viver de forma mais independente possível quando regressar a casa. Neste sentido, as intervenções de Enfermagem são de ajudar a recuperar ao máximo a sua capacidade para realizar as suas tarefas práticas da vida diária. Logo que os pacientes tolerarem, começa o ensino sobre as formas de realizar os auto-cuidados, como higiene, comer, vestir-se, transferir-se, exigindo assim um planeamento rigoroso. Durante todo o processo de reabilitação as Enfermeiras sublinham a importância de motivar os pacientes. Apesar de se reconhecer e falar sobre a importância de individualizar os cuidados, com base nas suas necessidades e preferências, o programa de reabilitação e as intervenções foram concebidas a partir dos profissionais de saúde, pois de acordo com as enfermeiras a maioria dos pacientes referiam que os profissionais sabiam o que era melhor para eles. As Enfermeiras neste estudo concentraram a sua actuação na parte física e funcional do corpo, para ajudar o paciente a recuperar as funções normais e desenvolver competências e habilidades necessárias para realizaras tarefas práticas diárias, gerir o auto-cuidado e assim obter a independência. Quanto ao facto das pacientes serem mulheres as Enfermeiras deram pouca atenção a esse aspecto, referindo que um paciente é um paciente, focando a sua atenção na reabilitação.	
Nº de Artigo 103	Nível de Evidência – V	Tipo de Estudo: Fenomenológico

ANEXO XIII

WHAT DOES REHABILITATION AND NURSING CARE IMPLIES FOR
PATIENTS WITH STROKE?

ANEXO XIV

TASK-ORIENTED TRAINING IN REHABILITATION AFTER STROKE:
SYSTEMATIC REVIEW

ANEXO XV

THE NATURE OF NURSING CARE AND REHABILITATION OF FEMALE
STROKE SURVIVORS: THE PERSPECTIVE OF HOSPITAL NURSES