

55



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

Enfermagem de Reabilitação na Comunidade: Contributos para a Autonomia da Pessoa com Limitações

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

João Paulo Vieira Rodrigues

**ORIENTADOR:
Mestre Joaquim Simões**

**CO-ORIENTADOR:
Professora Doutora Maria João Esparteiro**

**2012
Janeiro**

RESUMO

A Reabilitação na Comunidade tem vindo a ter maior visibilidade em Portugal, sendo um contexto em que os enfermeiros especialistas em reabilitação têm um papel importante nos Cuidados de Saúde na Comunidade.

O principal objectivo das intervenções especializadas de enfermagem neste contexto, é melhorar a autonomia da pessoa com limitações, intervindo no trinómio pessoa/domicílio/comunidade, permitindo o exercício da cidadania.

As intervenções na comunidade foram uma problemática sentida ao longo do estágio II especialmente, pela preparação do regresso a casa e o acompanhamento da pessoa posteriormente, inserida no seu meio ambiente.

O recurso à metodologia da prática baseada na evidência, pretendeu demonstrar a veracidade deste problema através da formulação da pergunta PICO.

Como conclusão, as intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação, contribuem na melhoria da autonomia da pessoa/família nas actividades de vida e fazem parte das competências específicas legisladas.

Palavras-chave: Reabilitação na Comunidade, actividades de vida, pessoa com limitações, acessibilidades.

ABSTRACT

Rehabilitation in the Community has a great visibility in Portugal, and it's a context when nurse's rehabilitation specialists have an important role in Health Care in the Community.

The main objective of specialist nursing in this context is to improve the autonomy of people with limitations, intervened in the trinomial person / household / community, allowing the exercise of citizenship.

Interventions in the community were a problem throughout the stage II especially for the preparation of returning home and follow the person after, inserted in its environment.

The use of the methodology of evidence-based practice, intended to demonstrate the truth of this problem by formulating the PICO question.

In conclusion, the interventions of the nurse specialist in rehabilitation help in improving the autonomy of the person / family in life activities and its part of specific legislated responsibilities.

Keywords: Rehabilitation in Community, life activities, people with limitations, accessibility

Pensamento:

“O nível de um País mede-se por aquilo que é feito pelos cidadãos mais desfavorecidos”

WINSTON CHURCHILL citado por
HESBEEN, (2003, p.46)

Agradecimentos:

Agradeço ao professor Joaquim Simões o apoio ao longo do mestrado sem o qual este percurso não teria sido possível.

À minha colega Sara Costa, toda a ajuda e partilha nesta aventura.

INDICE	PÁGINA
INTRODUÇÃO -----	7
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO -----	10
1.1 - REABILITAR. UMA CIÊNCIA E ARTE DA ENFERMAGEM----	10
1.2 – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. DEFINIÇÃO E ESPECIFICIDADE.-----	11
1.3 – A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE-----	12
1.4 – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO DE SAUDE INFANTIL E PEDIATRIA-----	15
1.5 – A PROBLEMÁTICA DAS ACESSIBILIDADES-----	18
1.6 – MODELO TEORICO DE ENFERMAGEM UTILIZADO COMO REFERÊNCIA-----	20
1.7 – AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO-----	24
2 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA -----	28
2.1 – PERGUNTA PICO-----	28
2.2 – ESTRATÉGIAS DE BUSCA-----	29
3 - REFLEXÃO E ANÁLISE DO ESTÁGIO II -----	31
3.1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS-----	32
3.2 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS--	36
3.3 – ESTÁGIO DE OPÇÃO. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A CRIANÇAS COM LIMITAÇÕES-----	41
CONCLUSÃO -----	46
BIBLIOGRAFIA -----	48
ANEXOS -----	53
Anexo nº1 - Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos de pesquisa-----	54
Anexo nº 2 - Cruzamento das palavras-chave (descritores) -----	56

Anexo nº 3 - Análise dos artigos seleccionados-----	58
Anexo nº 4 - Projecto de estágio em contexto de pessoas com alterações neurológicas não traumáticas. -----	62
Anexo nº 5 - Relatório de estágio em contexto de pessoas com alterações neurológicas traumáticas-----	75
Anexo nº 6 - A Reabilitação da criança e do jovem no Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão-----	89

INTRODUÇÃO

Tal como preconizado pelo Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação refere que este concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas e manter ou recuperar a independência das actividades de vida.

Os objectivos propostos pela Escola Superior de Saúde de Santarém para o mestrado em enfermagem de reabilitação são os seguintes:

1 - Desenvolver formação científica, técnica, humana e cultural adequada na área do conhecimento especializado em enfermagem de reabilitação, relevante para a qualidade dos cuidados à pessoa/família/comunidade, aos diferentes níveis de prevenção, a nível local, regional e nacional;

2 - Aprofundar competências que permitam a adequada adaptação às mudanças sociais e políticas que ocorrem nos diferentes contextos da sua intervenção.

Estes objectivos fundem-se com as competências do regulamento n.º125/2011 que refere o seguinte:

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são as seguintes:

a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Estas competências foram desenvolvidas na realização da unidade curricular Estágio II e Relatório que tem como finalidade: Promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem de reabilitação, numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto-formação e reflexividade sobre a prática.

Este documento servirá para após a sua discussão pública, facultar a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

O percurso realizado teve como fio condutor a autoformação reflexiva, num contexto de enfermagem avançada, através da reflexão das práticas, em que a prática clínica foi fundamentada através da formação e pesquisa contínuas.

Este relatório foi construído após a realização do Estágio II, efectuado em contextos/ serviços de pessoas com alterações neurológicas, (traumáticas e não traumáticas), e o estágio de opção em contexto pediátrico, a crianças também com alterações neurológicas traumáticas e não traumáticas. As unidades de saúde em que decorreram estas aprendizagens teórico/práticas foram o Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Médio Tejo em Torres Novas, o Centro de Reabilitação do Sul em São Brás de Alportel e o serviço de Pediatria do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Apesar destas instituições de saúde prestarem cuidados a pessoas em fase aguda e crónica da doença, a preparação do regresso a casa foi sempre uma preocupação, pelo que o objectivo da enfermagem de reabilitação é habilitar a pessoa com limitações, para a sua integração na comunidade, intervindo na melhoria da sua autonomia.

Os autores CARVALHIDO E PONTES (2009 P.144) citam Amaral que refere que *O domicílio é onde se encontra a família e é nela que os seus elementos se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente.*

Ao longo dos contextos dos estágios, as intervenções de enfermagem de reabilitação centraram-se no treino de habilidades às pessoas com deficit na realização das suas actividades de vida, promovendo e melhorando a sua autonomia.

No entanto, verifica-se que para a integração da pessoa na comunidade, o problema das acessibilidades ainda é real, e apesar de legislada através do decreto-lei nº 163/2006, ainda apresenta muitos incumprimentos.

A competência do enfermeiro de reabilitação na comunidade também está legislada no regulamento 125/2011, onde refere que o mesmo *Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.*

Esta competência obriga a um vasto leque de intervenções, que podem ser iniciadas ainda antes do regresso a casa da pessoa, através da identificação de obstáculos e preparação das acessibilidades, até à monitorização da pessoa já no seu domicílio, através de intervenções junto da Pessoa/família e na comunidade onde está inserida.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE no seu PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004/2010, http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_62.html, reconhece que: *É na fase adulta que o indivíduo, através da família, do trabalho e da sua relação com a sociedade, demonstra maior capacidade para afirmar e exercer a sua cidadania.*

Estudos demonstram que as incapacidades decorrentes de lesões neurológicas traumáticas, decorrem de acidentes, (de viação e de trabalho), em jovens e pessoas de idade ainda produtiva e mesmo as doenças neurológicas não traumáticas, atingem cada vez mais pessoas que ainda trabalham e são fundamentais para os recursos familiares e sociais.

A reabilitação e integração destas pessoas na comunidade é uma meta em que o enfermeiro com esta especialidade intervém, de modo a que esse objectivo seja atingido.

O modelo teórico de ROPER, LOGAN E TIERNEY (2001), foi utilizado para as actividades de vida mobilizar-se e cuidados de higiene/vestir-se em que as intervenções realizadas ao longo dos estágios foram direccionadas.

Os objectivos preconizados para este relatório foram os seguintes:

- Enquadrar as competências do enfermeiro especialista em reabilitação na comunidade, intervindo na melhoria da autonomia das pessoas.

- Evidenciar as competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa/ família com limitações, tendo em conta o seu exercício de cidadania.

- Analisar a prática de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, decorrentes da experiência em estágio, utilizando o recurso da metodologia científica, através da Prática Baseada na Evidência.

- Reflectir sobre a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação através da crítica construtiva e da aprendizagem ao longo da vida.

Este relatório encontra-se dividido em três partes:

Na primeira parte é feito um enquadramento teórico sobre enfermagem de reabilitação na comunidade.

Na segunda parte é realizada uma análise da problemática, utilizando a metodologia da pergunta PICO.

Na terceira parte, é feito o enquadramento das práticas clínicas realizadas com o recurso à prática baseada na evidência.

Na realização deste relatório, foi utilizado o guia para a apresentação de trabalhos escritos em vigor na Escola Superior de Saúde de Santarém.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, iremos descrever o conceito de enfermagem de reabilitação e de reabilitação na comunidade e o modelo teórico de ROPER, LOGAN E TIERNEY referente às actividades de vida mobilizar-se, cuidados de higiene/vestir-se e as competências do enfermeiro de reabilitação em relação ao contexto apresentado.

A escolha destas actividades de vida, prende-se com o facto de serem evidenciadas pelos enfermeiros cooperantes durante a realização dos estágios nos diferentes contextos.

Iremos também abordar o tema das acessibilidades e a legislação sobre as mesmas.

1.1– REABILITAR. UMA CIÊNCIA E ARTE DA ENFERMAGEM

A reabilitação da pessoa com limitações faz parte do universo das práticas de enfermagem.

Segundo SILVA ET AL (2007) numa biografia apresentada de Florence Nightingale, <URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf quando esta iniciou o percurso da enfermagem como ciência e arte, as preocupações na altura eram referentes à mortalidade das pessoas nas instituições de saúde, os cuidados de saúde prestados por pessoas duvidosas e a falta de higiene e limpeza das instalações e dos utensílios utilizados.

Pioneira na utilização de dados estatísticos para ilustrar os problemas de saúde na época e a influência dos cuidados de saúde na redução da mortalidade, influenciada pelas condições dos soldados feridos na guerra da Crimeia, a reabilitação das pessoas ficavam a cargo de outros profissionais, que tentavam limitar as incapacidades físicas com a manufactura de alguns produtos de apoio, (mas muito poucos), e onde o problema das acessibilidades nem sequer preocupava os profissionais de saúde. Ibidem <URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf

HOEMAN (2000) no prólogo do seu livro, *Enfermagem de Reabilitação*, não pode ser mais explícita em relação à importância da reabilitação como disciplina de enfermagem referindo que:

A Enfermagem de Reabilitação é um excelente exemplo do que significa a enfermagem holística. Na enfermagem de reabilitação os aspectos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e financeiros dos utentes, bem como as suas interações, são avaliados e encaminhados.

O enfermeiro de reabilitação é o impulsionador e o vector para a integração da pessoa no seu meio, intervindo na sua autonomia e na adaptação ao ambiente, de maneira a que as limitações não impeçam o exercício de cidadania.

1.2 – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. DEFINIÇÃO E ESPECIFICIDADE.

As actividades da enfermagem de reabilitação desenrolam-se em todos os níveis de prevenção.

Na prevenção primária, onde a manutenção de um ambiente seguro e a monitorização das pessoas com limitações, previne o aparecimento de situações patológicas e traumáticas, ou o agravamento das situações existentes.

Na prevenção secundária, a existência de enfermeiros de reabilitação nas unidades de saúde, na fase aguda das situações, ajuda a limitação da incapacidade da doença e acelera o processo de recuperação e reabilitação da pessoa. Por exemplo nas unidades de cuidados intensivos, a reabilitação respiratória é um exemplo, assim como a mobilidade precoce em unidades de internamento.

Na prevenção terciária, os enfermeiros de reabilitação têm um papel activo na recuperação e reabilitação da pessoa. Complementam as actividades de outros profissionais, nomeadamente os fisioterapeutas, mas estão presentes em todas as actividades de vida, o que os torna imprescindíveis na continuidade das intervenções que visam a autonomia da pessoa, limitando a incapacidade desta.

HESBEEN (2003 p.52) define reabilitação como *a ciência e a arte de gestão dos obstáculos, potencialmente geradores de desvantagem.*

O mesmo autor define desvantagem, handicap da seguinte maneira:

...é uma situação danosa, associada às consequências dos obstáculos com que a pessoa e os seus próximos se confrontam no quotidiano da vida, decorrentes de uma deficiência, de uma incapacidade ou de características particulares.

HOEMAN (2000 p.3) cita STRYKER que define a enfermagem de reabilitação como: *um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença, ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida.*

O enfermeiro de reabilitação pode desenvolver as suas actividades na comunidade, (saúde comunitária), nos hospitais, (internamentos), e nos centros de reabilitação.

A reabilitação além de ser multidisciplinar, também engloba uma equipa de técnicos cujo objectivo é a inserção do indivíduo com limitações, na sua comunidade.

Segundo HESBEEN (2033 p.71):

O trabalho de equipa exige muito e pressupõe uma importante maturidade profissional. Inscreve-se numa cultura comum à missão da reabilitação e à da acção de cuidar, cuja constante é a preocupação em respeitar as identidades específicas.

A família tem um papel preponderante especialmente para definir o conceito de reabilitar. O mesmo autor (ibidem p.52) refere que a reabilitação tem como finalidade *...assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes acções que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem.*

A pessoa com desvantagem, pode estar dependente de outrem para assegurar as suas actividades de vida, que normalmente são assegurados por um familiar ou pessoa próxima, excepto quando é institucionalizada.

1.3 – A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE

O enfermeiro de reabilitação pode desenvolver as suas actividades na comunidade, (saúde comunitária), nos hospitais, (internamentos), e nos centros de reabilitação.

Na comunidade, e segundo MARTIN (1994 p.5) o enfermeiro deve ter consciência de que o domicílio pode ser gerador de saúde/doença e deverá estudar e intervir no espaço que constitui o ambiente onde a pessoa se alimenta, dorme, e se relaciona, e os profissionais de saúde, devem prevenir, educar e aconselhar a família para a constituição de um lar saudável, aumentando a sensação de segurança.

A enfermeira aproveita assim os conhecimentos e hábitos positivos da família, desenvolvendo habilidades nos seus membros e pondo em prática comportamentos que promovam a prevenção, a cura e a reabilitação (Ibidem, p.6).

Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS, no seu Código Deontológico do Enfermeiro (2003 p.114) *Para confiar num profissional, um cliente precisa de acreditar que aquele indivíduo tem o conhecimento necessário para o ajudar.*

Esta confiança é ainda mais necessária nos cuidados de enfermagem de reabilitação domiciliários.

No entanto, o conhecimento do domicílio da pessoa deverá ser precoce e servir para a preparação do regresso desta, à comunidade.

A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, refere que este tem de ter um papel activo ao identificar barreiras arquitectónicas e deve orientar para a eliminação das mesmas no contexto de vida das pessoas e deve emitir pareceres técnicos/científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

Esta competência vem explicar o que foi dito anteriormente sobre acessibilidades e legislação.

A visita do domicílio da pessoa com limitações deveria ser realizada ao mesmo tempo que se iniciam os treinos de reabilitação, ou antes da preparação para o regresso a casa, pois é importante ter conhecimento das acessibilidades e obstáculos e adequar os treinos ao ambiente domiciliário e ao projecto individual de reabilitação.

Nesta visita, o enfermeiro de reabilitação faz um estudo sobre as barreiras arquitectónicas existentes e quais as maneiras de as eliminar ou contornar. Identifica alguns produtos de apoio adequados para cada situação e contexto, tendo em conta as condições económicas da pessoa/família e direcciona os treinos necessários e adaptados à realidade da mesma.

Como exemplos, temos a verificação de degraus e a construção de rampas de madeira, para permitir a deslocação de uma cadeira de rodas, a abolição de banheiras e a colocação de polibãs sem desnível em relação ao chão e o alargamento de portas e de entradas. Se tal não for possível, pode-se iniciar o treino de transferência cadeira/banheira, tendo em atenção a localização da mesma, assim como a utilização de antiderrapantes no fundo.

A abolição de tapetes ou obstáculos potencialmente perigosos, assim como ir adequando todo o espaço físico à realidade da pessoa, permite melhorar a autonomia e intervir na prevenção de acidentes.

Os autores CARVALHIDO E PONTES (2009 p.144) citam AMARAL que refere que *Deve considerar-se o ambiente familiar como um componente importante para as pessoas em reabilitação, seja pelos aspectos físicos e materiais, como pelos lados afectivo e social, pois a família é uma das forças que influenciam o processo de saúde.*

A mesma autora refere que o profissional de saúde deverá ter em conta não só o impacto da doença na pessoa mas também na família, pois afecta consideravelmente todos os seus membros.

A pessoa com limitações pode ter um impacto negativo nas suas famílias, principalmente se for a principal fonte de rendimentos económicos.

Segundo, STANHOPE E LENCASTER (1999 p.663) o indivíduo também pode provocar ao seu cuidador uma redução do horário de trabalho e limitar também os recursos económicos ou mesmo ter de deixar de trabalhar.

Outro papel importante é o parental que parece poder ser alterado devido à incapacidade dos pais. *Os membros da família que prestam cuidados a adultos com compromissos físicos são mais provavelmente os cônjuges ou as filhas dos indivíduos afectados* (ibidem p. 663).

Tal como referido anteriormente, a visita domiciliária antes do regresso a casa, permite facilitar o projecto de reabilitação da pessoa e direccionar os exercícios para esse objectivo específico, no entanto, um acompanhamento *a posteriori* por um enfermeiro de reabilitação na comunidade, permite identificar obstáculos que na primeira visita ainda não foram identificados, e que foram sentidos pela pessoa, assim como permite uma monitorização do contínuo dependência/independência e o reajustamento de alguns procedimentos e produtos de apoio. Este tem uma visibilidade privilegiada e global das limitações reais da pessoa em relação ao seu meio ambiente e pode intervir sempre que seja necessário, quer na própria comunidade quer no domicílio.

Tal como referido anteriormente, a disposição e a questão das acessibilidades, deverá condicionar os treinos e o projecto de reabilitação.

Segundo HOEMAN (2000 p.132)

O plano de alta abrangente deve incluir considerações sobre o ambiente em casa e na comunidade (...) o que facilita aos profissionais de reabilitação, a obtenção de uma base de dados completa para planear o regresso à comunidade.

A mesma autora refere também que deverá ser dada uma oportunidade à pessoa de visitar o seu domicílio antes do seu regresso a casa pois, *...permite detectar variáveis antes da alta, de modo a promover uma transição bem-sucedida* (ibidem, p.132).

Este regresso poderá ser adiado, até ocorrerem todas as modificações necessárias para a promoção da autonomia.

Também permite uma visibilidade sobre as capacidades reais dos prestadores de cuidados, as suas limitações e futuras intervenções junto dos mesmos e da pessoa com limitações, já em contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade.

Verifica-se então um complemento entre o papel do enfermeiro de reabilitação nos centros de internamento e na comunidade. Este tem um papel muito activo na identificação dos recursos na comunidade e nas intervenções necessárias para a integração do indivíduo com limitações na comunidade, evitando o reinternamento e a institucionalização destas pessoas. Também intervém localmente, prestando cuidados especializados sempre que necessários, para uma melhor autonomia e qualidade de vida da pessoa.

Segundo HOEMAN (2000 p.235) *As exigências contínuas e o compromisso a longo prazo, com recursos limitados são a realidade de muitos prestadores de cuidados.*

Este conceito não invalida a adequação desses recursos, mesmo que escassos, mas que intervêm de uma forma positiva na promoção da mobilidade e maior independência da pessoa.

Assim, é extremamente importante a visita domiciliária *a priori* e *a posteriori* do regresso da pessoa a casa, por parte do enfermeiro de reabilitação, sendo facilitadora para a autonomia da pessoa/família na realização das actividades de vida diárias. Ambas têm objectivos diferentes mas fundem-se na maioria dos aspectos e devem servir de ponte entre os serviços de internamento/reabilitação e os serviços de saúde comunitários.

1.4 – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO DE SAUDE INFANTIL E PEDIATRIA

A inclusão desta temática deve-se ao facto do mestrando ter estagiado neste contexto no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão.

As intervenções do enfermeiro de reabilitação na comunidade têm de se adequar a todo ciclo de vida da pessoa, desde a infância até à velhice.

Os programas e projectos de reabilitação das crianças, têm de ser adequados aos diferentes estádios de desenvolvimento, nomeadamente alguns treinos de autonomia nas actividades de vida diárias, que requerem alguma maturidade por parte do interveniente.

Segundo RAMOS (2004 p.149)

O desenvolvimento, a saúde, os comportamentos, as concepções relacionadas com as necessidades da criança, com os seus ritmos de desenvolvimento e com as modalidades de cuidar e educar, correspondem a um processo complexo, interactivo e dinâmico.

A mesma autora cita CYRULNIK (1999), definindo a resiliência como ... *a capacidade para viver, ter sucesso e desenvolver-se de uma forma positiva, apesar de situações de adversidade ou stress, que implicam um risco de uma saída negativa* (Ibidem 2004 p.134).

Ainda RAMOS (2004 p.149), refere que:

O desenvolvimento, a saúde, os comportamentos, as concepções relacionadas com as necessidades da criança, com os seus ritmos de desenvolvimento e com as modalidades de cuidar e educar, correspondem a um processo complexo, interactivo e dinâmico.

As crianças podem ter factores facilitadores da sua reabilitação, nomeadamente a sua capacidade de aprendizagem, que é potencializada em relação á aprendizagem do adulto, assim como à sua capacidade de adaptação perante as desvantagens.

A resiliência da criança não é a mesma da pessoa adulta e estudos têm revelado que a capacidade de sobrevivência das crianças em ambientes muito hostis tem, sido surpreendente e um desafio para os profissionais de saúde.

A mesma autora (2004 p.134), ao citar WERNER que fez um estudo longitudinal sobre resiliência, tendo acompanhado 545 crianças da infância à idade adulta que viviam em contextos de grande precariedade sócio-ambiental, (pobreza, violência e conflitos familiares, carências sócio-afectivas), concluiu que apesar do ambiente negativo e de precariedade, algumas manifestaram uma boa adaptação e capacidade para ultrapassar as dificuldades, expressando características de um funcionamento resiliente.

HOEMAN (2000 p.739) refere o seguinte:

A enfermeira de reabilitação pediátrica tem qualificação específica para desempenhar o papel de gestora de caso para as crianças com incapacidades. A enfermeira e outros membros da equipa de reabilitação pediátrica, têm influência no desenvolvimento das crianças com situações crónicas e incapacitantes à medida que elas evoluem para adultos produtivos na nossa sociedade.

A especificidade da reabilitação da criança e do jovem, pode parecer unidireccional, mas na realidade, abrange um universo muito vasto de saberes que são específicos para cada estadio de desenvolvimento infantil.

O mestrando constatou pela sua vivência nesse estágio, que as crianças com diferentes idades têm abordagens diferentes pela equipa interdisciplinar que acompanha o programa de reabilitação.

Segundo HOEMAN (2000 p.722) *A teoria do desenvolvimento é fundamental para a enfermeira de reabilitação pediátrica. As crianças crescem e desenvolvem-se em diversas esferas: física, cognitiva, social e emocional.*

As crianças mais pequenas por exemplo, podem não ter maturidade suficiente para realizarem algumas actividades de vida diárias que também não fariam, mesmo que não tivessem deficiência, nomeadamente o treino de vestir e despir ou o treino de autonomia do banho.

HOEMAN (2000 p.722) cita HOEMAN (1989), referindo que *...deve-se sempre dar maior ênfase às capacidades da criança do que às suas limitações* e o mestrando constatou que não é permitido à criança referir que não consegue e é dado muito ênfase ao reforço positivo, quando a criança evolui e consegue realizar uma actividade com melhor performance.

CONCEIÇÃO (2009 p.12) cita VIEIRA, referindo que para cuidar em contexto pediátrico,

...é necessário conhecimento específico, pelo que, a enfermagem na área pediátrica implica um conjunto de actividades de carácter terapêutico, as quais induzem resposta humana na satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência das Actividades de Vida da criança/família, ajudando-as a alcançar o máximo potencial de bem-estar.

Apesar da existência do Decreto-lei 21/81 e Decreto Regulamentar nº 189 de 19 de Agosto, que refere que toda a criança de idade não superior a 14 anos internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente da mãe e do pai (ou familiares ou pessoas que normalmente substituam os pais), a idade referida no número anterior pode ser ultrapassada no caso de crianças deficientes.

O direito ao acompanhamento familiar, segundo a associação Acreditar, exerce-se em regra durante o dia, nos casos em que haja doença grave com risco de vida, os pais poderão ser autorizados a permanecer junto dos seus filhos no período nocturno <URL:<http://www.acreditar.org.pt/index.php/apoios-e-beneficios/apoio-familiar-a-crianca-hospitalizada.html>.

Segundo FERRO E AMORIM (2007) a criança considera o ambiente hospitalar um local de proibições; lá não se pode correr pelos corredores, jogar à bola, falar alto e dependendo das regras do hospital, também não pode brincar. Este lugar é em geral assustador.

O papel dos pais na criança com limitações, além de ser o de cuidadores é também o de educadores. É um papel que requer múltiplas abordagens e o enfermeiro de reabilitação tem de intervir em toda a esfera familiar. Ajudar os pais a adquirir

habilidades para promoverem a autonomia da criança, mas dar-lhes espaço para que possam exercer o seu poder paternal e a sua função socializadora.

Esta função é muito importante para a integração da criança na comunidade e na sociedade, onde deficiência não é sinónimo de pouca inteligência ou má educação, existindo muitos exemplos de sucesso de crianças com limitações que se tornaram adultos válidos e produtivos, constituindo um recurso económico importante para as suas famílias e para a sociedade.

1.5 – A PROBLEMÁTICA DAS ACESSIBILIDADES

O acesso das pessoas com limitações a serviços, pode estar comprometida por obstáculos, que para nós são facilmente transponíveis, mas que para quem tem limitações na mobilidade, pode tornar-se difícil.

HESBEEN (2003 p.44) identifica os obstáculos ligados a 4 grupos:

1 - Ambiente físico

Os obstáculos ligados à arquitectura dos edifícios ou do próprio domicílio.

2 – Ambiente humano

A discriminação ou o ambiente demasiado protector, comentários ou comportamentos exagerados perante a situação de desvantagem.

3 – Ambiente administrativo e financeiro

Acesso a cuidados de saúde, indemnizações de seguradoras, subsídios de invalidez e outros.

4 – Factores pessoais

A motivação da própria pessoa, a esperança, a auto-imagem, etc.

Uma das formas que as pessoas com incapacidade têm de afectar as comunidades é: *...através das mudanças para adaptar obrigatoriamente a acessibilidade arquitectónica aos edifícios* STANHOPE E LENCASTER (1999, p.665).

A mesma autora cita LOWRI referindo que: *Geralmente a comunidade necessita de preocupar-se em assegurar habitação adequada, apropriada para os indivíduos com compromissos físicos sem os estigmatizar.* (ibidem, p.665).

A mesma autora ainda cita COOPER e HASSELKUS referindo que: *Os adultos incapacitados que vivem sozinhos em apartamentos, valorizam o controlo, segurança e protecção, acessibilidade e mobilidade, funcionalidade, flexibilidade e privacidade.* (ibidem, p.665).

A reabilitação na comunidade é o assegurar de cuidados primários e apoio de reabilitação à pessoa com limitações, através do uso de recursos disponíveis na comunidade.

Esta abordagem tem revelado desenvolver atitudes mais favoráveis junto das pessoas que têm compromissos físicos. MITCHEL e tal citado por STANHOPE (1999 p.665).

A legislação Portuguesa em relação à acessibilidade refere o seguinte decreto-lei nº 163/2006:

A promoção da acessibilidade constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos que são conferidos a qualquer membro de uma sociedade democrática, contribuindo decisivamente para um maior reforço dos laços sociais, para uma maior participação cívica de todos aqueles que a integram e, conseqüentemente, para um crescente aprofundamento da solidariedade no Estado social de direito.

Verifica-se que houve uma melhoria do acesso de pessoas, por exemplo, que utilizem cadeiras de rodas, a edifícios públicos tais como igrejas, bancos, etc. mas, alguns mais antigos, ainda não têm rampas de acesso, sendo já obrigatórios nos mais recentes. O decreto-lei nº 163/2006 é explícito ao afirmar que as instituições públicas tinham 10 anos para o fazer desde que tinha sido publicado o decreto-lei nº 123/97.

O mesmo decreto-lei 163/2006 dá orientações sobre a construção dos espaços reservados a pessoas com limitações, desde os acessos aos edifícios até às casas de banho.

Na via pública, o problema das acessibilidades ainda tem um longo caminho a percorrer, desde a concepção dos passeios até ao civismo das pessoas no estacionamento das viaturas automóveis, ocupando os espaços pedonais. Nas ruas mais antigas, a largura dos passeios não é suficiente para a deambulação das pessoas com limitações, mas algumas câmaras municipais, como a de Lisboa, por exemplo, no seu regulamento para a Promoção da Acessibilidade e Mobilidade Pedonal de 2004, dá indicações sobre a construção de arruamentos e acessibilidade a edifícios públicos e privados, numa clara preocupação sobre o assunto, mas justificando o problema com o envelhecimento da população.

TELLES (2010) no XII Colóquio Ibérico de Geografia <URL: <http://web.lettras.up.pt/xiicig/resumos/221.pdf> refere que apesar da legislação instituída, esta parece não ser cumprida:

A cidade não pode ter limites de mobilidade. Porém, a realidade tem mostrado que, muitas vezes, a cidade em vez de unir, separa as pessoas e em vez de incluir, exclui, justamente, porque na generalidade, sem qualquer preocupação

e cumprimento das leis em vigor, realizam-se passeios estreitos, interrompem-se os sistemas de continuidade pedonal, não se colocam passadeiras, não se fazem rebaixamentos de acesso aos passeios, coloca-se sinalética informativa e de trânsito em qualquer sítio, localizam-se as árvores nos passeios em vez de se colocarem nos canteiros, os ecopontos nos passeios, não se adaptam os transportes e os acessos. Todas estas barreiras simples, nada complexas, tornam o dia-a-dia de muitos cidadãos um verdadeiro tormento contribuindo, muitas vezes, para que algumas pessoas não consigam, sequer, sair da sua habitação e usufruir de tudo o que as nossas cidades e vilas têm para lhes oferecer.

A Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação Idália Moniz, no prefácio do Guia: Acessibilidade e Mobilidade para todos, realizado por TELES (2009), <URL: <http://web.letras.up.pt/xiicig/resumos/221.pdf>, referia também que antes da entrada em vigor do decreto-lei nº 163/2006 de 8 de Agosto se verificava que ainda há muito para fazer na questão das acessibilidades.

... as sucessivas medidas levadas a cabo nesta área, não têm produzido modificações significativas no quadro existente, subsistindo, no edificado nacional, uma larga percentagem de edifícios, espaços e instalações que não satisfazem as condições mínimas de acessibilidade e que colocam limitações aos cidadãos que deles pretendem, legitimamente, fruir.

TELES (2009 p.31) <URL: <http://web.letras.up.pt/xiicig/resumos/221.pdf> refere ainda que:

A promoção da acessibilidade constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos que são conferidos a qualquer membro de uma sociedade democrática.

Apesar da legislação em vigor, ainda se verifica um longo caminho a percorrer pois só vivenciando as limitações, se poderá identificar barreiras e intervir nelas, mas o enfermeiro de reabilitação deverá ser proactivo nesta problemática por ter uma visão sistémica do contexto pessoa/ambiente.

Muitas vezes é necessário estar ao nível da pessoa com limitações para entender as suas dificuldades.

1.6 – MODELO TEORICO DE ENFERMAGEM UTILIZADO COMO REFERÊNCIA

Foi escolhido o modelo conceptual de ROPER, LOGAN e TIERNEY como referência na prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Segundo TOMEY & ALLIGOOD (2004 p.5) *A era da teoria de enfermagem, em conjunto com uma nova consciência da enfermagem como profissão e como*

disciplina acadêmica no seu próprio direito, emergiu dos debates e discussões dos anos 60.

O pressuposto da prática de enfermagem ser baseada na ciência de enfermagem, foi um progresso muito significativo para a elaboração de modelos teóricos em que se pudesse basear o ensino, a prática e a investigação desta disciplina. As mesmas autoras referem que: *A teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina acadêmica, como também é vital para a prática da profissão* (Ibidem p.17).

ROPER, LOGAN E TIERNEY, no seu modelo teórico baseado nas actividades de vida, identificaram doze actividades de vida que são: 1 – Manutenção de um ambiente seguro; 2 – comunicação; 3 – respiração; 4 – comer e beber; 5 – eliminação; 6 – higiene pessoal e vestuário; 7 – controlo da temperatura corporal; 8 – mobilidade; 9 – trabalho e lazer; 10 – expressão da sexualidade; 11 – sono; 12 – morte.

O ciclo vital vai desde o nascimento até à morte e o contínuo dependência/independência vai desde a total dependência até à total independência.

Os cinco grupos de factores que influenciam as actividades de vida são: 1 – biológico; 2 – psicológico; 3 – sociocultural; 4 – ambiental; 5 – político.

A individualidade da pessoa é o modo como esta cumpre as suas actividades de vida ao longo do seu ciclo vital, no contínuo dependência/independência, influenciados pelos factores atrás descritos.

A escolha desta teoria foi influenciada pela sua utilização em todos os serviços onde o mestrando realizou estágios, em todo o ciclo vital, (infância, fase adulta e velhice).

Vamos apenas abordar as actividades de vida, **eliminação, higiene pessoal e vestuário, e mobilidade**, devido à importância que lhes foi dado durante a prática dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, apesar da visão sistémica da pessoa com limitações.

A definição de actividade de vida segundo ROPER, LOGAN E TIERNEY, (1995 p.29) são todas aquelas que *contribuem, no seu conjunto, para o complexo processo de vida.*

Todas as actividades de vida estão interligadas e são responsáveis na contextualização do contínuo independência/dependência.

A actividade de vida eliminar é realizada em privacidade por todos os indivíduos, seja no seu domicílio, seja em locais públicos destinados para esse efeito; a falta de privacidade pode condicionar o padrão habitual de eliminação e na nossa prática

diária, muitas vezes não criamos condições para essa privacidade, criando constrangimentos nas pessoas dependentes nesta actividade de vida.

Nos treinos de reabilitação são tidos em conta os exercícios necessários, para tornar esta tarefa o mais individual possível, especialmente, por exemplo, nas pessoas com traumatismos vertebro-medulares, onde se treina a total independência quer nos esvaziamentos vesicais, quer na utilização dos sanitários recorrendo a treinos específicos de transferência e de eliminação intestinal, assim como a utilização de produtos de apoio.

As mesmas autoras (2001 p. 42) referem que

...a AL eliminar implica mais do que os actos físicos de micção e defecação. A pessoa tem de ser capaz de chegar à sanita, manipular a roupa, sentar-se e levantar-se, utilizar o papel higiénico e lavar as mãos.

Todas estas actividades recorrentes requerem por parte do enfermeiro de reabilitação, uma visão global das limitações das pessoas e a adaptação ao seu ambiente, para promover a maior autonomia possível.

Esta actividade de vida está intimamente relacionada com a actividade de vida “mobilizar-se” e “higiene pessoal e vestir-se” e existe outro factor importante que é a tradição cultural em relação a estes actos fisiológicos, pois existem nalgumas culturas, normas de higiene próprias e rígidas que devemos conhecer, assim como algumas pessoas não utilizam casas de banho por não existirem, (raríssimo nos dias de hoje no nosso país mas comum ainda nos países de língua portuguesa, Africanos por exemplo).

Quanto à actividade de vida, higiene pessoal e vestir-se, existem rituais de limpeza que são muito próprios e variam de individuo para individuo. O banho normalmente realizado com água e sabão parece ser comum, mas uns utilizam duche, outros, banho de imersão, pelo que o treino na autonomia destas tarefas deve ser executado, tendo em conta as características físicas e arquitectónicas do seu domicílio e os hábitos da pessoa.

No entanto, alguns cuidados tais como, lavar as mãos antes ou depois de executar tarefas como alimentar-se ou eliminar, devem ser inculcadas e treinadas. É imprescindível a utilização de produtos de apoio que tornem estes rituais o mais autónomos e privados possível.

O vestuário é um meio de comunicação não-verbal ROPER, LOGAN E TIERNEY (1995 p.45).

Pode-nos dar indicação do estatuto sócio/económico da pessoa, assim como o seu humor e auto-estima.

As mesmas autoras referem que a roupa adequada, pode reduzir o esforço da regulação da temperatura corporal e proteger o corpo contra possíveis adversidades, mas a maioria das pessoas, *...vestem-se por razões de adorno pessoal e tiram grande satisfação disso, (...), as roupas constituem um poderoso veículo de comunicação* (Ibidem,p.45).

Nos treinos desta actividade de vida, existem estratégias no vestir e no despir que ajudam na autonomia das pessoas com limitações, no entanto, devem ser dadas instruções sobre as roupas adequadas, a utilização de produtos de apoio adequados tais como calçadeiras de cabo longo e outros, assim como a preparação prévia do vestuário utilizando por exemplo velcros em vez de fechos que requerem a utilização de movimentos finos dos dedos, impossíveis para as pessoas com alguns problemas neurológicos traumáticos e não traumáticos.

Na actividade de vida mobilizar-se, todo o movimento provocado pela contracção muscular é tido em conta e está intimamente ligada às outras actividades de vida, nomeadamente, respirar, alimentar-se, trabalho e lazer, eliminação, etc.

Esta actividade de vida engloba as competências da mobilização nomeadamente tudo o que é relacionado com ergonomia, tudo o que limita o movimento como fracturas ósseas ou doenças neurológicas, traumatismos, as acessibilidades e as atitudes publicas para com a incapacidade

Os factores que condicionam estas actividades de vida são os biológicos, tais como as doenças ou os traumatismos que limitam a autonomia; os psicológicos pois a pessoa com limitação carece de força anímica ao aperceber-se que algumas das suas actividades de vida vão estar limitadas e que já não pode ser independente tal como era; os socioculturais, pois o facto de ser dependente, muda o seu papel social quer na família, quer na comunidade, alterando o seu projecto de vida, assim como os aspectos económicos que podem ou não limitar a sua reintegração; os ambientais, pelo problema das acessibilidades quer no domicilio, quer nos locais onde a pessoa realiza a sua cidadania, e os políticos, onde a criação de politicas proteccionistas destas pessoas em relação à discriminação e à acessibilidade aos locais públicos, assim como a criação de infra-estruturas de saúde suficientes para a qualidade e igual oportunidade desses mesmos cuidados, deveria ser prioritária e colocada em curso.

A forma como cada pessoa desempenha as suas actividades de vida, contribui para a *individualidade de vida* e o indivíduo é valorizado em todas as *fases da vida*.

O modelo de ROPER, LOGAN E TIERNEY obriga à utilização do processo de enfermagem, (apreciar, planejar, implementar e avaliar), para se conseguir uma enfermagem individualizada. É um modelo de pensamento lógico.

A participação da pessoa nas suas actividades de vida é importantíssima, assim como a maneira como esta as quer executar e desenvolver. Este projecto de vida/saúde é importantíssimo no desenrolar das actividades da enfermagem de reabilitação, especialmente na execução do projecto de reabilitação da pessoa com limitações, onde dentro das possibilidades lógicas em relação à sua situação de saúde, se deverá investir nos desejos da pessoa em relação à sua vida futura.

A individualidade da pessoa é importantíssima para a construção, por parte do enfermeiro especialista, de um projecto de reabilitação tendo em conta todas as especificidades referidas neste modelo, estando englobadas não só as características biológicas pessoais, mas também as ambientais, que muitas vezes são mais castradoras na autonomia e na mobilidade, que as primeiras.

1.7 – AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO

A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009 p. 10) refere que o enfermeiro especialista é aquele que apresenta:

(...) Um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.

Estas competências foram aprovadas em Diário da Republica, 2.^a série — N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011 no seu regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que determina o seguinte:

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são as seguintes:

a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

Tal como atrás referido, os objectivos propostos pela ORDEM DOS ENFERMEIROS e publicados em Diário da Republica, fundem-se com os da Escola Superior de Saúde de Santarém, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para os estágios que o mestrando desenvolveu ao longo da sua formação académica.

1 - Desenvolver formação científica, técnica, humana e cultural adequada na área do conhecimento especializado em enfermagem de reabilitação relevante para a qualidade dos cuidados à pessoa/família/comunidade, aos diferentes níveis de prevenção, a nível local, regional e nacional;

2 - Aprofundar competências que permitam a adequada adaptação às mudanças sociais e políticas que ocorrem nos diferentes contextos da sua intervenção.

Assim, após a conclusão dos estágios, o mestrando deverá adquirir capacidade para:

1 – Analisar em conjunto com a equipa multidisciplinar, problemas de saúde/doença que impliquem a implementação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

2 – Participar na concepção, planeamento, execução e avaliação de programas de cuidados especializados no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção sócio-profissional da pessoa em situação de dependência física.

3 – Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, aos três níveis de prevenção em saúde, centrados na pessoa ao longo do ciclo vital, na família, grupos e comunidades.

4 – Capacitar a pessoa/família com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reintegração e exercício da cidadania.

5 – Desenvolver metodologias de investigação na sua área e implementar os resultados no planeamento, execução e avaliação dos cuidados específicos da enfermagem de reabilitação.

6 – Participar na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, no âmbito da sua especialização.

7 – Desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de enfermagem e, em particular, cuidados de enfermagem de reabilitação.

O ponto 5 e o ponto 7 estão dirigidos à prática baseada na evidência, cuja metodologia será utilizada na realização deste relatório.

Segundo o regulamento nº 125/2010 os cuidados de reabilitação centram-se na promoção da máxima independência possível da pessoa com limitações.

O enfermeiro especialista em reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (...) A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma assegurar a capacidade funcional dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) (...)” (Regulamento nº 125/2011)

O mesmo regulamento no seu artigo 4º e na alínea b refere que: *Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.*

Para a autonomia e o exercício da cidadania por parte da pessoa com limitações, as intervenções do enfermeiro de reabilitação também deverão ser centradas na comunidade, por este ter uma percepção sistémica da pessoa e intervir em várias dimensões tais como, a familiar, comunitária e social.

A adaptabilidade das políticas de saúde existentes à realidade das pessoas, faz com que seja proactivo na gestão dos recursos e à realidade do contexto de cada indivíduo.

A sua intervenção junto da comunidade, pode influenciar toda a adaptabilidade da pessoa ao seu meio ambiente, dependendo do seu engenho e arte na resolução de problemas específicos na promoção da autonomia.

Tanto o regulamento nº 125/2011 como os objectivos da Escola Superior de Saúde de Santarém, são unânimes em afirmar que as competências do enfermeiro de reabilitação, apesar de centradas na pessoa com limitações, também são desenvolvidas no meio ambiente da mesma, o que engloba acções junto da família, comunidade e sociedade, com recurso a outros elementos da equipa multidisciplinar cuja intervenção seja pertinente para a autonomia da pessoa.

Esta autonomia também é multidimensional pois engloba factores físicos, económicos culturais e sociais.

HELMAN (1994 p.267) identificou os factores culturais na epidemiologia das doenças que são: situação económica, estrutura familiar, papéis de género, padrões matrimoniais, comportamento sexual, política demográfica, hábitos na educação infantil, alterações na imagem do corpo, alimentação, vestuário, higiene pessoal, condições habitacionais, condições de saneamento, profissões, religião, stress cultural,

situação emigrante, hábitos químicos (álcool, tabaco, drogas), actividades de lazer, animais domésticos, medicina popular e outros ligados à reprodução.

Em Portugal, os contextos demográficos são muito diferentes geograficamente, o que requer um conhecimento destes por parte do enfermeiro de reabilitação, que tem de programar intervenções multidimensionais para que a pessoa possa exercer a sua cidadania, juntando estes factores às suas capacidades.

Segundo HOEMAN (2000 p.315) *As enfermeiras devem estar sensibilizadas para as crenças dos utentes a fim de as validarem e incorporarem, quando possível, nos cuidados diários.*

A inclusão dos valores culturais nas práticas de enfermagem é muito importante para a individualização desses cuidados.

Para HESBEEN (2003 p.46)

A desvantagem, (handicap), enquanto situação que condiciona o bem-estar, o “equilíbrio das pessoas”, logo, a saúde das comunidades, da população, é um problema social que interessa à construção, à evolução, à civilização desse mundo futuro.

A singularidade do indivíduo, é um pressuposto para a individualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, cujas competências do enfermeiro especialista que devem ser multidimensionais, devem ser direccionadas para um princípio geral que é, reduzir as desvantagens causadas pelas limitações das pessoas.

O Regulamento 125/2011 ao determinar como competência específica do enfermeiro especialista em reabilitação — **Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados,** refere que:

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Esta competência dará uma enorme dimensão ao universo dos cuidados do enfermeiro de reabilitação na comunidade, cuja ciência e arte se irão desenvolver ao longo da sua prática, contribuindo para um conjunto de saberes únicos, mas em constante mudança, quer pelos múltiplos contextos, quer pela evolução natural do saber científico, onde a prática baseada na evidência será uma ferramenta muito útil tal como iremos ver no capítulo seguinte.

2 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A prática baseada na evidência é uma metodologia contemporânea que nasceu no Canadá e posteriormente no Reino Unido para aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde.

GALVÃO E TAL (2002), referem que:

A prática baseada em evidências é um processo de descoberta, avaliação e aplicação de evidências científicas para o tratamento e gerenciamento da saúde. É o cuidado guiado por meio de resultados de pesquisas, consenso de especialistas ou a combinação de ambos.

\ Esta abordagem contribui para a mudança da enfermagem baseada na tradição e em rituais de tarefas, para uma prática reflexiva baseada em conhecimento científico.

SANTOS et al (2007) referem que as revisões da literatura tradicionais têm sido criticadas porque os resultados obtidos são tendenciosos, não esgotam toda a literatura disponível sobre o tema que se quer pesquisar e são inconclusivos.

As mesmas autoras também referem que a busca de evidência requer uma adequada pergunta de pesquisa e a criação de uma estrutura lógica para a busca de evidências na literatura, maximizando assim o alcance da pesquisa.

A colocação de uma base de dados científica no site da Ordem dos Enfermeiros, veio facilitar esta prática construtiva de aquisição de saberes, baseados na evidência científica e foi utilizada pelo mestrando na realização desta pesquisa.

2.1 – PERGUNTA PICO

SANTOS et al (2007) referem que a estratégia a utilizar para a Prática Baseada na Evidência deverá ser a formulação de uma pergunta no formato PICO em que **P – População**, se refere a grupos com características idênticas tais como idade, género, etnia, etc. **I – Intervenções**, as intervenções do grupo profissional, neste caso do enfermeiro de reabilitação; **C – Comparação**, caso sejam comparadas variáveis diferentes para a mesma população. Serve de controlo entre uma abordagem e outra alternativa e o **O – Outcomes** ou resultados esperados.

Para a formulação da pergunta PICO, o mestrando sentiu necessidade de saber quais os estudos ou considerações sobre a visita domiciliar por parte do enfermeiro de reabilitação e quais os contributos desta para a autonomia da pessoa com limitações.

Surgiu assim a seguinte pergunta de pesquisa:

A visita domiciliária realizada pelo enfermeiro de reabilitação, é facilitadora para a autonomia da pessoa com limitações, nas actividades de vida diárias mobilizar-se e higiene pessoal e vestir-se?

Decompondo os componentes da pergunta temos:

P – População – A pessoa com limitações.

I – Intervenções – Visita domiciliar realizada pelo enfermeiro de reabilitação.

C – Comparação – Não existe este componente da pergunta por não existirem parâmetros a comparar.

O – Outcomes – As acções por parte do enfermeiro de reabilitação, são facilitadoras para a autonomia e realização das actividades de vida mencionadas.

2.2 – ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Foi utilizada a base de dados Cinahl, (Cumulative Index to Nursing and Allied health Literature e a base Medline (Health Information from the National Library Medicine). < URL <http://web.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=2&hid=13>

Foram pesquisados artigos com as seguintes palavras-chave:

Rehabilitation

Home Visits

Activities of daily Living.

Na pesquisa foram também identificadas outras palavras-chave nomeadamente, accessibility, rehabilitation nursing, mas o resultado dos artigos encontrados não foi satisfatório para o contexto que se queria pois os artigos encontrados focalizavam contextos de saúde mental e psiquiatria

Foi utilizada a plataforma da Ordem dos Enfermeiros e a escolha das palavras-chave foram pesquisadas como descritores na plataforma MeSH Browser para garantir os termos exactos de pesquisa. MeSH (Medical Subjects Headings) Browser (2010, URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Estão em anexo os critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados, (anexo nº 1).

Para a pesquisa foram cruzados os descritores (anexo nº 2), e apenas considerados os artigos com Full Text, com a possibilidade de abertura dos mesmos em

formato PDF, tendo sido aplicado um filtro de 10 anos para garantir a contemporaneidade dos mesmos.

Assim, o cruzamento dos descritores obteve após a aplicação do filtro para a última década, 45 artigos e destes, apenas 19 permitiam a visualização na sua totalidade em formato PDF.

Procedeu-se depois à leitura dos resumos dos 19 artigos, seleccionando-se depois os 3 artigos que melhor respondiam à nossa pergunta PI (C) O através de critérios de inclusão e exclusão sendo apresentada em anexo, a análise de cada artigo e o seu nível de evidência. (Anexo 3).

Após a leitura dos artigos, procedeu-se à articulação da sua informação com os estágios efectuados no estágio 2, apresentado no próximo capítulo.

3 - REFLEXÃO E ANÁLISE DO ESTÁGIO II

Neste capítulo, irá ser feita uma reflexão e crítica sobre as actividades realizadas no estágio II, fundamentadas quer pelas competências do enfermeiro especialista em reabilitação, quer pela literatura encontrada após a pesquisa, utilizando a prática baseada na evidência.

Para cada estágio, foi realizado durante a primeira semana de trabalho, um projecto com objectivos específicos referentes a cada contexto, que serão apresentados em anexo, (anexo nº 3), e que serviram de fio condutor para o planeamento das acções específicas de enfermagem de reabilitação, com o apoio e supervisão de um enfermeiro cooperante.

Este projecto englobava um objectivo geral e os objectivos específicos para cada contexto e um plano de actividades com um cronograma, tendo em conta as características do serviço e do contexto.

Esta aprendizagem teórica/prática teve a vantagem de englobar os saberes específicos do enfermeiro cooperante, com os saberes académicos adquiridos na instituição de ensino, complementados com pesquisas do mestrando para fundamentar as suas acções.

Os campos de estágio foram escolhidos, tendo em conta os contextos específicos necessários para que os objectivos propostos fossem atingidos, independentemente da distância.

Os contextos propostos para este estágio II, foram serviços onde se prestassem cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com alterações neurológicas traumáticas e não traumáticas e um estágio de opção, onde o mestrando pudesse adequar as aprendizagens específicas num contexto do seu agrado, ou que mais se adequasse à sua realidade de contexto de trabalho.

Foi escolhido o Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Médio Tejo em Torres Novas, no contexto das pessoas com alterações neurológicas não traumáticas, devido ao feedback recebido por parte de outros enfermeiros especialistas em reabilitação, que efectuaram estágios neste serviço e que referiram ser uma mais-valia, devido aos recursos e à dinâmica da equipa.

Para o contexto das pessoas com alterações neurológicas traumáticas foi escolhido o Centro de Reabilitação do Sul em São Brás de Alportel, quer devido ao facto de ter sido facultado por parte da Escola Superior de Saúde de Santarém, uma visita de estudo a esta instituição e onde foram observados os recursos e as dinâmicas da equipa de enfermagem, quer por ser uma instituição creditada a nível internacional, com uma grande preocupação na manutenção dessa creditação, quer pela grande dinâmica interdisciplinar, tornando assim um local de excelência para a aquisição de saberes específicos neste contexto.

O estágio de opção foi realizado no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no Serviço de Pediatria, e a escolha deste local foi influenciada pelo facto do mestrando desempenhar as suas funções no serviço de pediatria do Hospital de Santarém E.P.E. e por ser uma oportunidade única de adquirir competências específicas de reabilitação no jovem e na criança, não abrangida no plano de estudos deste mestrado por falta de inscritos.

Todas as actividades planeadas tiveram por base o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. (REGULAMENTO 125/2011).

As actividades desenvolvidas também irão ser fundamentadas com os artigos encontrados após a formulação da pergunta PI[C]O, relacionados com a nossa temática, ou seja, a reabilitação na comunidade.

3.1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS.

O estágio neste contexto clínico, decorreu de 4 a 30 de Outubro de 2010 no Centro Hospitalar do Médio Tejo, na unidade de Torres Novas, no serviço de Medicina.

O projecto de estágio foi elaborado, tendo em conta os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a todos os problemas de saúde relacionados com alterações neurológicas não traumáticas, aproveitando e maximizando os recursos em oportunidades de aprendizagem. (Anexo nº 4).

A patologia mais frequente neste contexto foi os Acidentes Vasculares Cerebrais, algumas situações de reinternamento e agravamento desta situação. Outras patologias associadas a situações de limitação da incapacidade, nomeadamente a

demência, também permitiram a intervenção na promoção da autonomia de algumas actividades de vida nas pessoas com afecções neurológicas não traumáticas.

O primeiro impacto deste estágio, foi a presença e utilização de produtos de apoio, alguns dos quais, adequados para a posterior utilização por parte dos cuidadores familiares no domicílio e na comunidade.

As intervenções do enfermeiro de reabilitação, englobam o percurso da pessoa, desde a hospitalização até ao seu regresso a casa, intervindo com outros elementos da equipa interdisciplinar, assim como o contacto de referenciação da pessoa, junto da Unidade de Cuidados na Comunidade da área geográfica pertencente, identificando as necessidades de intervenções em reabilitação e a continuidade das mesmas.

As intervenções incidiram também na promoção da autonomia da pessoa nas suas actividades de vida e também o ensino de habilidades, também com o mesmo objectivo, aos seus cuidadores, intervindo assim na preparação ao seu regresso a casa.

O objectivo geral para este estágio foi identificado como:

Cuidar da pessoa e família com afecção neurológica não traumática, na perspectiva da enfermagem de reabilitação, e utilização dos seus handicaps, para o melhor restabelecimento da sua autonomia e cidadania.

Este objectivo teve em conta o Regulamento 125/2011 no seu artigo 4º, que refere que o enfermeiro especialista em reabilitação, “capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação, para a reinserção e exercício da cidadania.

Segundo o INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, no estudo sobre a situação demográfica recente em Portugal, a principal causa de morte em 2003, (último dado conhecido), são as doenças do aparelho circulatório, e entre estas, as cerebrovasculares continuam a ser a primeira causa de morte em Portugal.
URL<http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOS_est_boui=106213&ESTUDOSmodo=2.

A presença da família durante os exercícios, a avaliação das condições arquitectónicas domiciliárias e possíveis adaptações foram preocupações frequentes ao longo deste estágio, assim como o treino de alguns exercícios facilitadores para os cuidados no domicílio nomeadamente, treinos de equilíbrio, ponte, transferências e outros.

Algumas pessoas que já tinham sofrido mais que um AVC, apresentavam já estádios muito avançados de espasticidade muscular e imobilidade total, assim como

múltiplos internamentos por debilidade e complicações inerentes à sua imobilidade. As intervenções do enfermeiro de reabilitação neste caso, tiveram como objectivo as mobilizações passivas e o ensino sobre os posicionamentos correctos, aos seus cuidadores, estando a maioria destas pessoas institucionalizadas.

O primeiro contacto com a especificidade da enfermagem de reabilitação, veio permitir a manipulação de algum material também específico, a utilização de algumas escalas de avaliação, (Lower por exemplo), alguns parâmetros úteis para a observação e identificação de potenciais diagnósticos de enfermagem, nomeadamente a avaliação de alguns nervos cranianos e as suas implicações nas limitações das pessoas.

A preparação do regresso a casa, teve particular importância neste estágio devido à articulação entre este serviço e as Unidades de Cuidados na Comunidade, (UCC).

NOGUEIRA et al (2007), referem que o planeamento e a preparação para a alta, orientada ao regresso a casa, e o envolvimento dos familiares ou cuidadores da pessoa ou a procura da localização mais adequada, é fundamental, assim como a comunicação fluida e coordenada entre médicos e enfermeiros dos Cuidados Primários. A elaboração de notas de pré-alta e de alta, com o resumo dos aspectos biomédicos, os cuidados de enfermagem e a detecção de necessidades sociais envolventes são aspectos chave na reabilitação.

Um dos artigos seleccionados refere precisamente que o objectivo da preparação do regresso a casa, é melhorar a qualidade de vida das pessoas com limitações e reduzir a sua institucionalização, o reinternamento e promover a intervenção dos apoios sociais e da comunidade, na clara promoção da autonomia. (LANNIN, N., A.; CLEMSON, L.; MCKLUSKEI, A.; LIN, C. C.; CAMERON, I. D. BARRAS, S. 2007), <URL <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>.

A estrutura social contemporânea no nosso país, ajuda a institucionalização das pessoas mais idosas com limitações, devido à necessidade de emprego dos elementos familiares e à falta de leis de apoio à família a serem cumpridas por parte das entidades empregadoras.

PEREIRA et al (2003) referem no seu estudo sobre a hospitalização, mortalidade e prognóstico do Acidente Vascular Cerebral que o destino para uma instituição ou unidade com cuidados médicos aumenta os encargos sociais, mas se for para o domicílio familiar aumenta os encargos familiares diminuindo os recursos económicos.

O que se observa é que os cuidadores familiares ou são pensionistas, ou desempregados, ou são mulheres domésticas, que têm vindo a decrescer nas estruturas familiares contemporâneas, mas que ainda têm um papel activo neste contexto.

O que leva muitas vezes as famílias a arranjam estratégias para poderem ser cuidadoras dos seus familiares, é a crença de que as instituições prestam cuidados de baixa qualidade às pessoas com limitações, que muitas vezes não conseguem comunicar e não podem dar feedback das suas actividades de vida.

Muitas pessoas referem que a institucionalização das pessoas é como que um abandono das mesmas, por parte da família.

Apesar de não existir implementada neste serviço, uma prática de visita domiciliária preparativa para o regresso a casa, existe uma articulação com os serviços de saúde comunitários, onde alguns têm cuidados de reabilitação na comunidade realizados por um enfermeiro especialista de reabilitação, o que é facilitador para a promoção da autonomia da pessoa e na preparação do ambiente físico domiciliário.

(LANNIN, N., A.; CLEMSON, L.; MCKLUSKEI, A.; LIN, C. C.; CAMERON, I. D. BARRAS, S. 2007), <URL <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>, referem que estudos demonstraram que os profissionais de reabilitação, conseguem identificar potenciais perigos e adaptar o ambiente de maneira a minimizar os acidentes, reduzir as quedas e aumentar a capacidade da pessoa em intervir no seu domicílio e na sua comunidade.

As sessões de ensino/aprendizagem realizados neste estágio, nomeadamente posicionamentos anti-espásticos, adaptação de produtos de apoio, exercícios de mobilidade e cuidados sobre a actividade de vida eliminar, tiveram boa aceitação por parte dos familiares presentes, mas a monitorização do seu cumprimento só pode ser possível *a posteriori*, já com o enfermeiro de reabilitação na comunidade.

Um estudo realizado por (CORCORAN, A. GITLIN, L. N. 2001), <URL <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>, demonstra precisamente que os cuidadores são receptivos na utilização de estratégias implementadas pelos profissionais de reabilitação, com resultados positivos, e uma grande maioria, (84% da amostra), demonstraram intenções de experimentar e mais tarde utilizar, nas suas práticas de cuidados.

Apesar do carácter agudo da maioria das situações de saúde, as intervenções precoces do enfermeiro de reabilitação, ajudaram na avaliação das incapacidades, das potencialidades, a elaboração de um plano de reabilitação para servir de fio condutor e a avaliação dos resultados dessas intervenções, apesar muitas vezes do curto período de internamento.

A articulação entre os serviços de saúde hospitalares e os serviços de saúde na comunidade, são assim importantíssimos para dar continuidade ao projecto de reabilitação da pessoa com limitações decorrentes de afecções neurológicas não traumáticas.

3.2 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS.

Este estágio decorreu no período entre, 24 de Janeiro e 18 de Fevereiro de 2011, no Centro de Medicina de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel.

Este centro, presta cuidados de Medicina de Reabilitação a pessoas com alterações neurológicas traumáticas e não traumáticas, tendo como objectivo principal prestar cuidados de reabilitação diferenciados, a pessoas com limitações funcionais, com carácter intensivo, maximizando o potencial de reabilitação de cada indivíduo, com o objectivo de o habilitar ao máximo exercício da sua cidadania. <URL <http://cmrsul.gpsaude.pt/gpscmmr>.

O objectivo geral para este estágio foi definido como:

Adquirir competências em enfermagem de reabilitação à pessoa/família com lesões neurológicas traumáticas, de acordo com os seus handicaps, promovendo a sua autonomia e o exercício da sua cidadania.

Este objectivo vem de encontro à competência definida no regulamento 125/2011, que refere o seguinte:

J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Foi também elaborado um projecto, (anexo nº 5), validado junto do enfermeiro cooperante, que serviu de fio condutor para este percurso de aprendizagem.

O percurso das pessoas neste centro, inicia-se com uma consulta com o médico fisiatra, onde são identificadas as limitações da pessoa, é elaborado um projecto de reabilitação individual, tendo em conta as potencialidades da pessoa, sendo depois encaminhadas para os outros departamentos, (psicologia, Serviço Social) e depois é

internada iniciando assim um programa muito intensivo de treino e de exercícios para a autonomia das actividades de vida.

Geograficamente, são recebidas pessoas de todo o país e pessoas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, (PALOP), ao abrigo do protocolo celebrado entre o governo de Portugal e os Governos desses países.

Não são admitidas pessoas sem apoio domiciliário pós-alta, para não permitir o internamento de pessoas a aguardar institucionalização, devido às próprias características do Centro.

Diariamente é definido um plano de treinos, com horários a cumprir escrupulosamente, passando por vários departamentos tais como ginásio, terapia ocupacional, terapia da fala, onde são treinadas todas as habilidades necessárias à autonomia.

Neste centro, é bem visível a interdisciplinaridade dos vários elementos que constituem a equipa de saúde, onde diariamente, todos se reúnem no ginásio duas vezes por dia, realizando um briefing onde são descritas as evoluções/involuções das pessoas, de uma maneira individual e segundo a perspectiva dos vários departamentos. Os fisioterapeutas trabalham por dois turnos, pelo que as actividades dos ginásios desenvolvem-se das 9 horas às 20 horas.

Uma vez por semana é realizada uma visita de toda a equipa, na presença das pessoas, ao serviço de internamento, onde lhes são explicadas as evoluções e as estratégias a adoptar, tendo em conta o projecto individual de reabilitação e o atingir ou não os objectivos propostos.

Segundo HESBEEN (2033 p.71)

O trabalho de equipa exige muito e pressupõe uma importante maturidade profissional. Inscreve-se numa cultura comum à missão da reabilitação e à acção de cuidar, cuja constante é a preocupação em respeitar as identidades específicas.

Verifica-se que a equipa interdisciplinar se desloca às diferentes áreas onde a pessoa está a desenvolver o seu programa de reabilitação. É frequente observar fisioterapeutas nos quartos e enfermeiros nos ginásios.

Na avaliação da pessoa com limitações, é utilizada neste centro a Medida de Independência Funcional (MIF) que permite avaliar o grau de independência da pessoa com lesão neurológica nas actividades de vida diárias, a Escala de Lower para avaliação da força muscular e a Escala de Ashworth modificada, para avaliação do tónus muscular.

Estas escalas são de fácil aplicabilidade e permitem avaliar de uma maneira objectiva, a evolução da pessoa quer ao nível de ganhos de força muscular e amplitude articular quer ao nível do desempenho nas actividades de vida diárias e cognição social.

A MIF está indicada para portadores de lesão medular e deve ser aplicada quer na admissão quer na alta da pessoa com lesão medular, a fim de avaliar os ganhos e as evoluções obtidas antes e depois dos treinos. (VALL; 2008, <URL: <http://apps.unibrasil.com.br/revista/index.php/saude/article/viewFile/75/68>>).

Ao longo do estágio, foram realizadas algumas observações participativas em conjunto com outros técnicos, o que nos permitiu perceber e relacionar alguns conceitos teóricos com a prática de reabilitação.

Destacamos a consulta médica de admissão à pessoa com lesão medular traumática, onde a fisiatra efectuou a avaliação neurológica através da aplicação da escala ASIA (American Spinal Injury Association). Esta é uma classificação internacional que permite a avaliação padronizada e classificação de lesões da medula espinal. Por meio de exame sistematizado dos dermatómos (avaliação sensitiva) e miótómos (avaliação motora), pode-se determinar o segmento medular afectado pela lesão medular. A observação desta avaliação e a sua explicação pela Fisiatra foi importante para a nossa compreensão do nível da lesão medular e as suas consequências.

Também houve oportunidade de assistir a um estudo urodinâmico, para compreender o tipo de alteração da eliminação urinária e projectar os treinos específicos para o controlo desta actividade de via, pois nalgumas situações não são necessários esvaziamentos com sondas vesicais e pode-se recorrer a terapêutica que tem acção na tonicidade do esfíncter.

Todos os treinos realizados neste estágio, tinham como objectivo a promoção da independência da pessoa nas suas actividades de vida, nomeadamente, treinos de equilíbrio, de marcha, levantar e sentar, ponte, transferências, vestir e despir e autocuidado higiene.

Alguns dos projectos de reabilitação tinham objectivos incomuns, tal como uma senhora que gostava de poder voltar a cozinhar, pelo que os treinos incidiam na potencialização dos movimentos finos das mãos, afectadas com uma situação de perda de força muscular e de controlo de movimentos.

O treino de actividades de vida, aproveitando o banho como momento propício para desenvolver treinos de vestir, despir, auto-cuidado higiene pessoal e vestir-se,

transferências da cama para a cadeira de rodas ou de banho e vice-versa, treinos de equilíbrio estático e dinâmico, permitiram ao mestrando desenvolver estratégias facilitadoras para as pessoas com limitações, de maneira a promover a independência das mesmas.

Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS no seu Guia de Boas Práticas à Pessoa com Traumatismo vertebro-medular na actividade de vida vestir e despir (2009 p.148) refere o seguinte: *Inicialmente a pessoa com TVM é dependente nesta actividade. Progressivamente, deverá ser incentivada a tornar-se autónoma, utilizando, se necessário, ajudas técnicas.*

O treino para esta independência é feito no departamento da terapia ocupacional e também, pelos enfermeiros durante os cuidados de higiene, e fazem parte do projecto de reabilitação da pessoa.

Neste centro, é realizada uma visita ao domicílio da pessoa por parte do terapeuta ocupacional e uma técnica do serviço social, no intuito de avaliar as condições arquitectónicas, identificar obstáculos, promover as acessibilidades e avaliar as condições económicas familiares e os recursos da comunidade.

(LANNIN, N., A.; CLEMSON, L.; MCKLUSKEI, A.; LIN, C. C.; CAMERON, I. D. BARRAS, S. 2007), <URL <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>, refere que a equipa de reabilitação na comunidade, tem a competência de modificar o espaço físico domiciliário e adaptá-lo à nova realidade da autonomia da pessoa.

Ainda as mesmas autoras, referem que a alteração do espaço físico deve ser feita, tendo em conta a avaliação das incapacidades da pessoa realizada durante o seu internamento e a avaliação da ergonomia do seu domicílio, realizada por uma visita domiciliária antes do seu regresso a casa. (LANNIN, N., A.; CLEMSON, L.; MCKLUSKEI, A.; LIN, C. C.; CAMERON, I. D. BARRAS, S. 2007), <URL <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>.

Apesar da equipa de enfermagem não estar incluída nestas actividades, consideramos que a visão sistémica da pessoa, treinada na prática dos cuidados específicos dos enfermeiros, possa ser uma mais-valia para a preparação do regresso a casa e faz parte das competências do enfermeiro especialista de reabilitação.

Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS, no seu Caderno de Boas Práticas à pessoa com Traumatismo vertebro-medular (2009 p.148) *O ensino à pessoa e família deve ser contínuo e na alta deve ser validado e entregue por escrito, para que a ele possam recorrer em caso de dúvidas.*

O regulamento nº 125/2011 refere também que: *J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.*

J2.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica.

J2.2.2 — Sensibiliza a comunidade para a importância de adopção de práticas inclusivas.

J2.2.3 — Identifica barreiras arquitectónicas.

J2.2.4 — Orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa.

J2.2.5 — Emite pareceres técnico -científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

É muito importante a monitorização destas pessoas na sua comunidade, pois além de identificar retrocessos na sua autonomia, permite a adequação de novos recursos se começarem a ser passíveis de utilização.

Segundo HOEMAN (2000 p.235) *As exigências contínuas e o compromisso a longo prazo, com recursos limitados são a realidade de muitos prestadores de cuidados.*

O elevado custo de alguns produtos de apoio podem torná-los inacessíveis para muitas famílias, e por vezes, é o enfermeiro de reabilitação que com a sua capacidade inventiva adequa os recursos da comunidade com a situação específica da pessoa.

Este problema económico é ainda mais notório nas pessoas provenientes dos Países de Língua Oficial Portuguesa, muito mais pobres e sem recursos.

Segundo os autores, VELEMA, J. P. EBENSO, B; FUZIKAWA, P. L. 2008 <URL<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>, muitas vezes são as entidades empregadoras que nos países mais pobres ajudam na aquisição de produtos de apoio facilitando a autonomia laboral das pessoas e aumentando a sua produtividade.

Nestes países mais pobres e ainda segundo VELEMA, J. P. EBENSO, B; FUZIKAWA, P. L. 2008 <URL<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb->

[92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13), muitos programas de reabilitação têm programadas actividades para a sensibilização da opinião pública para a deficiência e a limitação da autonomia das pessoas.

No entanto, neste centro e durante a preparação do regresso a casa, as pessoas quando regressam ao seu país de origem, vão com cadeira de rodas e outros produtos de apoio necessários, tais como cintas de contenção, talas e outros.

Nestas pessoas, é impossível avaliar as condições das acessibilidades na sua comunidade, pelo que se tenta saber junto das mesmas, quais as barreiras arquitectónicas existentes e um meio de as solucionar.

Segundo os autores anteriores, (Velema, J. P. Ebenso, B; Fuzikawa, P. L. 2008 <URL<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>, muitas vezes são os familiares que se reúnem num grupo de apoio e fazem um levantamento dos recursos existentes, através dos recursos de empregabilidade ou de acesso a actividades economicamente rentáveis.

Não têm os recursos dos grupos de apoio dos países mais industrializados, mas conseguem muitas vezes a integração destas pessoas na sua comunidade e influenciar a própria sociedade onde vivem, na sensibilização dos problemas ligados às alterações da mobilidade.

(Velema, J. P. Ebenso, B; Fuzikawa, P. L. 2008 <URL<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>, também referem que as visitas domiciliárias efectuadas após a hospitalização das pessoas, além de melhorar o desempenho dos seus treinos das actividades de vida, agora adaptados à sua realidade física e ergonómica, evitam o reinternamento destas pessoas por agravamento ou retrocesso da sua autonomia e evita também a sua institucionalização.

3.3 – ESTÁGIO DE OPÇÃO. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A CRIANÇAS COM AFECÇÕES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS E NÃO TRAUMÁTICAS

Este estágio decorreu na Unidade de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, entre 3 e 24 de Novembro de 2010.

A possibilidade de poder desenvolver um projecto de aprendizagem neste contexto foi uma mais-valia para a prática de cuidados do mestrando que também trabalha em pediatria.

Para este estágio foi definido o seguinte objectivo principal:

Adquirir competências em Enfermagem de Reabilitação, no cuidar da criança e do jovem com necessidades especiais, de acordo com os seus handicaps e estadio de desenvolvimento, promovendo o seu crescimento harmonioso e autonomia.

Este objectivo, vem de encontro com as competências específicas do enfermeiro de reabilitação e segundo o regulamento 125/2011, *J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.*

Foi também elaborado um projecto e validado pelo enfermeiro cooperante, para conduzir todo o processo de aprendizagem neste contexto. (Anexo nº 6).

Os programas e projectos de reabilitação das crianças, têm de ser adequados aos diferentes estádios de desenvolvimento, nomeadamente alguns treinos de autonomia nas actividades de vida diárias, que requerem alguma maturidade por parte do interveniente.

Segundo RAMOS (2004 p.149) *O desenvolvimento, a saúde, os comportamentos, as concepções relacionadas com as necessidades da criança, com os seus ritmos de desenvolvimento e com as modalidades de cuidar e educar, correspondem a um processo complexo, interactivo e dinâmico”.*

Neste serviço, as crianças têm actividades ao longo de praticamente todo o dia, mas no período da tarde, (após as 16 horas), essas actividades são desenvolvidas pelos enfermeiros de reabilitação, na enfermaria.

Os treinos das actividades de vida são realizados de manhã, pela equipa de enfermagem, onde são logo programados tendo em atenção a ergonomia arquitectónica do seu domicílio, que é avaliada por uma visita domiciliária e pelas indicações dos pais.

Os pais ainda não podiam permanecer durante a noite por não existirem condições físicas para o efeito, mas estava-se a preparar um espaço para esse efeito pois é um direito legal dos pais.

É logo treinada a utilização de produtos de apoio adequados a cada situação específica, tendo em atenção as limitações da criança e a sua autonomia.

Na primeira avaliação por parte da equipa de enfermagem de reabilitação, são utilizadas algumas escalas em utilização, nomeadamente, a Escala de Braden Q para

avaliar o risco de úlceras de pressão e um Instrumento de Avaliação da Pele, que permite detectar precocemente as alterações cutâneas que precedem as úlceras.

Estas alterações cutâneas são vigiadas diariamente, pois além de poderem impedir algumas actividades, pois por exemplo, a mínima solução de continuidade é impeditiva para a realização de treinos na piscina ou no tanque de água e servem também para medir a funcionalidade e conforto das ortóteses e talas de suporte, sendo vigiadas após a utilização por algumas horas, verificando a existência de zonas ruborizadas, para moldar melhor nas oficinas do Centro e eliminar as zonas de maior pressão.

HOEMAN (2000 p.323) refere que *Um achado de hiperemia não reactiva, contra-indica o posicionamento sobre essa área e exige que se evitem todos os esforços para que a pressão seja aliviada nessa região.*

Não nos podemos esquecer que a diminuição de sensibilidade dolorosa e motora pode potencializar o aparecimento de zonas de pressão, sem a criança mostrar dor ou desconforto.

HOEMAN (2011) sugere que se faça uma monitorização frequente das úlceras de pressão, onde as ortóteses e talas utilizadas induzem uma maior força motriz.

É feita pela equipa médica e de enfermagem a Avaliação de Independência Funcional, e são comparados resultados na partilha das duas avaliações.

Devido ao constante crescimento das crianças, as ortóteses além de melhorarem a postura, podem limitar os movimentos se não se adequarem à evolução apresentada por esse crescimento.

Esta preocupação, exigia por vezes a abolição temporária dessas talas até a pele se mostrar íntegra.

Muitas vezes, os produtos de apoio tinham em atenção os recursos económicos da família, mas na generalidade, a adaptabilidade e o engenho e arte de adequar objectos do quotidiano para facilitar a autonomia da criança, conseguiam atingir esse objectivo.

A escolaridade das crianças era trabalhada por uma educadora de infância e uma professora do ensino básico devido aos internamentos prolongados. Já as crianças do ensino secundário, não tinham possibilidade de continuar com os seus estudos devido á falta de recursos.

Ao longo deste percurso, existiu sempre uma preocupação por parte da equipa de enfermagem em fazer um estudo da comunidade onde a criança está inserida e da sua família, pois nalguns casos foram detectados problemas sociais graves, com necessidade

da intervenção de outros elementos da equipa interdisciplinar, assim como instituições comunitárias para esse efeito.

Algumas das situações resultaram de negligência por parte dos pais, outras por maus-tratos e algumas crianças não tinham um suporte familiar estável que lhes permitisse o regresso a casa. A solução, passava por encontrar uma família de acolhimento ou institucionalizar a criança.

As crianças durante o dia não permanecem nos quartos, estando sempre muito activas nas suas diferentes actividades. Na educação por vezes aprendiam a fazer bolos e pão com chouriço que depois eram vendidos aos funcionários numa pequena feira realizada à entrada do serviço.

Todas as actividades de educação eram previamente estabelecidas e adaptadas ao programa de reabilitação da criança e ao seu estadio de desenvolvimento.

No período da tarde, todas as intervenções de reabilitação eram executadas pelos enfermeiros especialistas, desde as mobilizações aos treinos de equilíbrio, à alimentação, que mesmo à hora de almoço era supervisionada pela equipa de enfermagem que realizava os treinos com produtos de apoio, adequava a correcta confecção dos alimentos com a situação específica de cada criança, e mais tarde preparava as crianças para o repouso, muito importante para manter um equilíbrio harmonioso na criança para desenvolver mais actividades no dia seguinte.

O reforço positivo era dado sempre que a criança apresentava algum ganho na sua autonomia e não era permitido um não sem primeiro tentar realizar a actividade.

Os resultados obtidos foram visíveis ao longo do estágio, onde algumas crianças melhoraram significativamente a sua autonomia nas suas actividades de vida, mas algumas eram novamente internadas sempre que existiam recuos, ou agravamento da sua situação de saúde.

Os pais são treinados para desenvolver habilidades no cuidar destas crianças, pois são os cuidadores de excelência e os futuros educadores. São eles os responsáveis pela socialização da criança e pelo seu crescimento psico-afectivo, pelo que, ao contrário do adulto, pode haver a tendência de substituir a criança na realização das suas actividades de vida, em detrimento da sua autonomia, quer por uma auto-responsabilização pela situação de saúde, quer por um hiper-proteccionismo, natural em todos os pais.

VELEMA, J. P. EBENSO, B; FUZIKAWA, P. L. 2008
<URL<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb->

[92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13), referem que nos países em que existem programas de reabilitação comunitários, os pais são ensinados pelos técnicos de reabilitação, a desenvolver habilidades para melhorar a autonomia das crianças, o que lhes permite também modificar a imagem social da deficiência junto da comunidade onde vivem.

A integração das crianças com limitações no ensino é muito importante. Apesar da fragilidade emocional perante a limitação, devem ser desenvolvidos esforços para que sejam abolidas barreiras arquitectónicas nas escolas, permitindo assim a acessibilidade aos estabelecimentos de ensino.

Os estigmas muitas vezes ligados às alterações físicas são responsáveis pelo isolamento destas crianças por parte dos pais, devido ao preconceito de inferioridade em relação às limitações e à inferiorização dos pais que conceberam uma criança deficiente, especialmente nas zonas mais isoladas.

VELEMA, J. P. EBENSO, B; FUZIKAWA, P. L. 2008 <URL<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>, refere que nos relatórios estudados, as visitas domiciliárias realizadas pelos técnicos de reabilitação, permitiram o acesso de crianças com deficiência aos estabelecimentos de ensino, ensinando muitas vezes os pais a superarem o embaraço dessa situação e dando ajuda económica ou de apoio social.

Além de treinar as crianças para a sua autonomia, também existe por parte da equipa interdisciplinar, uma preocupação em manter um crescimento equilibrado e uma integração na família/comunidade, de maneira a minimizar as consequências da deficiência e da limitação funcional.

CONCLUSÃO

A visita domiciliária e os cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade, são facilitadores e promovem e melhoram a autonomia das pessoas com limitações.

Os contributos do enfermeiro de reabilitação, permitem a adequação do ambiente e dos recursos, tendo em conta a individualidade das pessoas e actua em várias dimensões, muitas delas desafiadoras, mas perfeitamente enquadradas nas competências legisladas para as intervenções da reabilitação na comunidade.

As pessoas para poderem exercer a sua cidadania, não devem estar institucionalizadas e os cuidados de reabilitação exercidos no seu ambiente, são responsáveis para a concretização desse objectivo.

Este relatório teve por base o estágio II, e o objectivo final das intervenções realizadas nesses contextos é precisamente a integração da pessoa na sua comunidade, com qualidade de vida, autonomia, consciente do seu papel social e interveniente na tomada de decisões.

A transversalidade do tema a todos os estágios, nomeadamente aos três estágios preconizados para a realização deste relatório, é inegável, pois a visita domiciliária antes do regresso a casa e depois, é importantíssima, apesar dos diferentes contextos dos locais de estágio.

O ensino clínico serviu para desenvolver a identidade do mestrando como enfermeiro especialista em Enfermagem e Reabilitação.

Também os contributos dos enfermeiros cooperantes e do professor orientador, ajudaram na aprendizagem da prestação de cuidados de enfermagem especializados e específicos em cada contexto, tendo em comum a mesma especialidade e os mesmos objectivos. Contribuir para a autonomia da pessoa com limitações.

A oportunidade de poder aplicar a prática baseada na evidência, será uma ferramenta muito útil, especialmente no planeamento das práticas de enfermagem de reabilitação, tendo em conta a evidência científica das mesmas, permitindo uma actualização permanente e melhorando as capacidades técnico/científicas adequadas a cada contexto.

Apesar de no local de trabalho do mestrando não ser permitido o acesso à base de dados da Ordem dos Enfermeiros, no futuro, será uma ferramenta imprescindível para a prática de enfermagem.

Superadas algumas dificuldades sentidas, nomeadamente a distância dos campos de estágio do seu domicílio e o cumprimento do horário de trabalho na totalidade por imposição da organização onde trabalha, os ganhos obtidos em saberes compensaram o esforço, especialmente no leque de opções que se abrem no horizonte, onde o mestrando poderá colocar em prática, as competências adquiridas em enfermagem de reabilitação.

A aprendizagem na disciplina de reabilitação é contínua e é transversal a todas as ciências da saúde, permitindo áreas de actuação muito vastas, sempre que a autonomia e a mobilidade da pessoa estejam diminuídas.

A reabilitação na comunidade é importantíssima para o futuro dos cuidados domiciliários, porque ajuda na concretização dos projectos de vida das pessoas no contínuo dependência/independência, interagindo no meio ambiente e na comunidade. É o elemento de excelência que ajuda as pessoas a exercer a sua cidadania como cidadãos válidos apesar das suas limitações e serve de mediador no trinómio pessoa/comunidade/sociedade.

Finalizo, consciente de que o caminho percorrido não constitui o fim de um processo, mas sim o princípio de uma nova forma de estar, actuar e ser, perante a pessoa com limitações e de que os objectivos foram atingidos.

BIBLIOGRAFIA

ACREDITAR, ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DE CRIANÇAS COM CANCRO. [Em linha]. [Consultado em 2010-12-04]. Disponível em <http://www.acreditar.org.pt/index.php/apoios-e-beneficios/apoio-familiar-a-crianca-hospitalizada.html>.

CAMARA MUNICIPAL DE LISBOA. (2004). **Regulamento para a Promoção da Acessibilidade e Mobilidade Pedonal**. Edital n° 29/2004. [Consultado em 2011/11/21] Disponível em <URL: http://www.cm-lisboa.pt/docs/ficheiros/Reg10_086.html

CARVALHIDO, Teresa; PONTES; Manuela. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um AVC. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto: edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6140-150 [Em linha] Disponível em <URL: <http://bdigital.ufp.pt/>

CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE. (2009). [Em linha]: [Consultado em 2011/12/10] Disponível em <URL: <http://translate.google.pt/translate?hl=ptPT&langpair=en%7Cpt&u=http://www.cebm.net/index.aspx%3Fo%3D1025>

CENTRO DE MEDICINA E REABILITAÇÃO DO SUL [consultado em 2011/03/01] Disponível em <URL: <http://cmrsul.gpsaude.pt/gpscmmr>

CONCEIÇÃO, M. T. A. (2009). **Relatório de estágio**. Dissertação de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

CORCORAN, Mary. A.; GITLIN, Laura. N. (2001). Family caregiver acceptance and use of environmental strategies provided in an occupational therapy intervention. **Physical & Occupational Therapy in Geriatrics**. Vol 19 (1). The Hawort Press [consultado em 2011/11/05] Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>

FERRO, F. O., AMORIM, V. C.O. A Emoções Emergentes na Hospitalização Infantil. **Revista Científica de Psicologia Coordenação Pedagógica do Curso de Psicologia do CESMAC** Maceió - Alagoas – Brasil Ano I Número 1, Julho de 2007. ISSN 1981-7371

GALVÃO, C. M; SAWADA N. O; ROSSI, L.A. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V.10. Nº 5. Brasil Ribeirão Preto. ISSN – 0104-1169 [consultado em 2011/11/12] Disponível em <URL http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300014&lng=pt&nrm=iso

HELMAN, Cecil, G. (1994). **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre. 2ª edição. Editora Artes Médicas Sul.

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. 2ª Edição**. Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-13-4

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – **A situação demográfica recente em Portugal** [Em linha]. [Consultado em 2010 -10-05]. URL< http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=106213&ESTUDOSmodo=2

LAMEIRA, Allan Pablo; GAWRYSZEWSKI, Luis de Gonzaga, JUNIOR, Antônio Pereira. (2006). Neurónios Espelho. **Revista de Psicologia**. USP, 17 (4), P. 123-133 [Em linha]. [Consultado em 2011/02/13]. URL< <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a07.pdf>

LANNIN, Natacha, A.; CLEMSON, Lindy; McKLUSKEY, Annie; LIN, Chung-Vei. C.; CAMERON, Ian. D. BARRAS, Sarah. (2007). Feasibility and results of a randomised pilot-study of pré-discharge occupational therapy home visits. **BMC Health**

Services Research. 7.42 [Consultado em 2011/01/05] Disponível em <URL <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>>

MARTIM, I. Lopes. (1994). **Atencion Domiciliaria. Diagnosticos de Enfermería.** McGraw-Hill. Interamericana de España. Madrid. ISBN – 84-486-0076-2

MeSH (Medical Subjects Headings) Browser (2010, URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

MINISTÉRIO DO TRABALHO E SEGURANÇA SOCIAL. (2006) – **Decreto-lei nº163/2006 de 8 de Agosto sobre acessibilidades.** [Consultado em 2011/09/10] Disponível em <URL <http://www.dre.pt/pdf1sdip/2006/08/15200/56705689.PDF>>

MINISTÉRIO DA SAUDE. **Plano Nacional de Saúde 2004/2010.** [Em linha] [Consultado em 2011/10/17] Disponível em <URL http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_62.html>

NOGUEIRA, J. N. A; HENRIQUES, I. L; GOMES, A. F. LEITÃO, A. L. (2007). **Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais.** Unidade de Missão Para os Cuidados Continuados Integrados.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1998). **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros,** Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003). **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários.** Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). **Sistema de individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. (SIECE). Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Caderno Temático. Modelo de desenvolvimento Profissional. Concelho de Enfermagem.**

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). **Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular**. Cadernos OE Série 1 número 2. ISBN: 978-989-96021-2-0

PEREIRA, S; COELHO, F. B; BARROS, H. (2003). **Acidente Vascular Cerebral. Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico**. Acta Med Port 2004; 17: 187-192
Serviço de Higiene e Epidemiologia. Faculdade de Medicina do Porto.

RAMOS, Natália. (2004). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa. Universidade Aberta. ISBN 972-674-436-9.

REGULAMENTO N.º 125/2011 **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. P. 8658-8659

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, J. Alison. (1995). **Modelo de Enfermagem**. (3ª Edição). Editora McGraw-Hill, Alfragide. ISBN 972-9241-98-8.

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, J. Alison. (2001). **O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney. Baseado nas actividades de vida diárias**. Lisboa. Climepsi editores ISBN 572-796-013-8.

SANTOS, Cristina Mamedio da Costa; PIMENTA, Cibelle Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr, Roberto Cuce. (2007). A Estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Maio/Junho. [Consultado em 2011/09/12] Disponível em < URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

SILVA, Ana Paula; FRADINHO, Helena; MALTA Luzia; SERRA, Sandra; AMORIM, Teresa. (2007). Florence Nightingale. Biografia e influência para a enfermagem. **Percursos. Publicação electrónica com periodicidade trimestral**. Ano 2. Número especial. ISSN 1646-5067. [Consultado em 2011/09/12] Disponível em <URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999) **Enfermagem Comunitária. Promoção de Saude de Grupos, Famílias e Individuos**. 4º Edição: Lusodidacta ISBN 978-972-838-305-3

TELES, Paula. (2010). **Acessibilidade e Mobilidade – Factores de Competitividade para os Territórios**. [Consultado em 2011/10/05] Disponível em <URL: <http://web.lettras.up.pt/xiicig/resumos/221.pdf>

TELES, Paula. (2009). **Acessibilidade e Mobilidade para todos. Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto**. Edição do Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Porto. ISBN 978-989-8051-04-2. [Consultado em 2011/12/05] Disponível em <URL: <http://www.irisinclusiva.pt/files/33/330.pdf>

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. (2004) **Teóricas de Enfermagem e a sua obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª edição. Loures, Lusociência editores. ISBN 972-8383-74-6

VALL, J. (2008). O processo de Reabilitação da pessoa portadora de paraplegia: Uma contribuição teórica. **Cadernos da Escola de saúde de Enfermagem**. Unibrasil [Em linha] [Consultado a 14/2/2011] Disponível em <URL: <http://apps.unibrasil.com.br/revista/index.php/saude/article/viewFile/75/68>

VELEMA, Johan. P. EBENSO, Bassey; FUZIKAWA, Priscila. L. (2008). Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the-community programs. **Leprosy Review** nº 79, 65-62. Edição da British Leprosy Relief Association. [Consultado em 2011/11/05] Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=577355eb-cc02-4cbb-92b8-3ccec6a17344%40sessionmgr11&vid=8&hid=13>

ANEXOS

ANEXO N°1

Crêterios de inclusão e de exclusão dos artigos de pesquisa

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO DOS ARTIGOS
SELECIONADOS**

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ARTIGOS	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS ARTIGOS
Artigos publicados entre 2001 e 2011 inclusive	Artigos publicados antes de 2001 exclusive
Artigos sobre reabilitação na comunidade, (domiciliária).	Artigos sobre telemedicina e enfermagem de saúde mental e psiquiatria
Artigos com possibilidade de visualização em formato PDF	Artigos apenas com possibilidade de acesso ao resumo (abstract)
Artigos baseados em estudos qualitativos ou quantitativos e revisões da literatura.	Artigos com outro tipo de estudos e artigos de opinião
Artigos publicados que incluam 3 ou mais palavras-chave	Artigos publicados que incluem menos de 3 palavras-chave

ANEXO N° 2

Cruzamento das palavras-chave (descritores)

CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE (DESCRITORES)

REHABILITATION – 58495 artigos

HOME VISITS – 1842 artigos

ACTIVITIES OF DALING LYVING – 15370 artigos

REHABILITATION
+
HOME VISITS } 81 Artigos

REHABILITATION
+
HOME VISITS
+
ACTIVITIES OF DALING LYVING
+
FILTRO DE 2001 A 2011 } 45 Artigos

Artigos apenas disponíveis em PDF - 19

Os outros artigos apenas tinham disponível o resumo (abstract).

ANEXO N° 3

Análise dos artigos seleccionados

TITULO	Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in the-community programmes (2008)
AUTORES	Johan P. Velema, Bassey Eenso, Priscila L. Fuzikawa
METODOLOGIA	Análise de conteúdo de 29 relatórios de 22 países, de programas de Reabilitação na Comunidade emitidos entre 1987 e 2007
OBJECTIVOS	Avaliar os resultados obtidos pelos programas de reabilitação na comunidade, de 22 países da Ásia, África e América Central.
PARTICIPANTES	22 Países da Ásia, África e América Central com programas de reabilitação na comunidade.
INTERVENÇÕES	Avaliação das intervenções realizadas por profissionais de reabilitação ou agentes devidamente treinados para esse efeito, sobre as acções desenvolvidas nas visitas domiciliárias, através do ensino de habilidades para a realização das actividades de vida, a escolaridade das crianças com deficiência, a integração das pessoas com limitações no mercado de trabalho, ou na realização de projectos economicamente rentáveis através da atribuição de microcreditos e na intervenção na comunidade, sobre a mudança da visibilidade e dos potenciais destas pessoas.
CONCLUSÕES DOS ESTUDOS	Efectivamente, as intervenções dos profissionais de reabilitação fizeram aumentar a escolaridade de crianças com deficiência, assim como a mudança de comportamento dos pais em relação a esta problemática. As intervenções junto da comunidade para a mudança de atitude em relação às pessoas com limitações foram benéficas assim como a integração destas em actividades economicamente rentáveis. No entanto, a maioria desses programas de reabilitação comunitária, são inadequados pois parecem apenas beneficiar as pessoas com deficiência física leve e com possibilidade de comunicação.

TITULO	Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits
AUTORES	Natasha Anne Lannin, Lindy Clemson, Annie McCluskey, Chung-Wei Christine Lin, Ian D Cameron, Sarah Barras (2007).
METODOLOGIA	Estudo clínico randomizado sobre as intervenções do terapeuta ocupacional nas visitas domiciliárias antes da alta hospitalar, no desempenho em actividades de vida, reintegração à vida na comunidade, qualidade de vida, reinternamento e taxas de quedas, durante semanas.
OBJECTIVOS	Investigar a viabilidade de um estudo randomizado e os efeitos das visitas domiciliárias antes da alta hospitalar em pessoas idosas e em fase de reabilitação.
PARTICIPANTES	10 pessoas escolhidas aleatoriamente para participar num programa de visitas domiciliarias antes da alta hospitalar e posteriormente monitorizados no seu programa de reabilitação domiciliaria.
INTERVENÇÕES	Realização de uma visita domiciliária antes da alta hospitalar do grupo de pessoas escolhidas e entrevistadas e posterior avaliação por parte de um terapeuta ocupacional, sobre os resultados do desempenho em actividades de vida, reintegração à vida na comunidade, qualidade de vida, reinternamento e taxas de quedas.
CONCLUSÕES DOS ESTUDOS	A avaliação das visitas domiciliárias é viável mas necessita de uma estratégia de recrutamento mais eficaz, através da utilização de uma abordagem multidimensional, para poder ter visibilidade e uma maior significado estatístico.
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	O recrutamento das pessoas levou cerca de 3 meses e o desempenho das habilidades funcionais não diferiu muito no grupo, devido ao tamanho da amostra, (amostra reduzida).

TITULO	Family caregiver acceptance and use of environmental strategies provided in an occupational therapy intervention
AUTORES	Corcora, Mary. A.; Gitlin, Laura. N. (2001).
METODOLOGIA	Estudo quantitativo sobre as estratégias ambientais específicas utilizadas pelos cuidadores familiares, que participaram em intervenções do terapeuta ocupacional no domicílio.
OBJECTIVOS	Melhorar as habilidades dos cuidadores no uso do ambiente físico e social para lidar com comportamentos problemáticos e dependência, associada à demência.
PARTICIPANTES	100 cuidadores familiares que participaram em intervenções do terapeuta ocupacional no domicílio.
INTERVENÇÕES	5 visitas domiciliares por parte dos terapeutas ocupacionais com 90 minutos cada, para identificar problemas ambientais, encontrar estratégias e verificar a aceitação das mesmas por parte dos cuidadores.
CONCLUSÕES DOS ESTUDOS	Das 9 áreas problemáticas que formaram os focos de intervenção, os problemas identificados mais frequentes foram os relacionados com as reações catastróficas e errantes e os problemas de incontinência. Do total das estratégias aconselhadas pelos terapeutas ocupacionais, 81% foram utilizadas de forma independente pelos cuidadores, pelo que se conclui que as estratégias foram aceites, o que torna as intervenções na comunidade importantes, para a reabilitação destas pessoas
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	Não foram referidas limitações ao estudo

ANEXO 4

Projecto de estágio em contexto de pessoas com alterações neurológicas não traumáticas.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Projecto de estágio em contexto de neurologia não traumática
Estágio II



João Paulo Vieira Rodrigues
Aluno nº 090430007

Santarém, Outubro de 2010

INTRODUÇÃO

Foi estabelecido no plano de estudos do mestrado em enfermagem de reabilitação, a realização de estágios de natureza profissional, integrando e aplicando os conteúdos desenvolvidos durante a aprendizagem teórico/prática, em contexto real de reabilitação, sendo apoiado por um enfermeiro detentor desta especialidade, que será o orientador e tutor das aprendizagens.

Foram pré-estabelecidos 5 estágios em contextos diversos, onde este primeiro que decorrerá no serviço de medicina do Centro Hospitalar Médio Tejo na Unidade de Torres Novas, está inserido no contexto de pessoa com lesões neurológicas não traumáticas.

Decorrerá de 4 a 30 de Outubro de 2010 e está inserido no bloco de estágios II em conjunto com os estágios em contexto de lesões neurológicas traumáticas e o estágio de opção.

A Ordem dos Enfermeiros estipula 3 competências gerais para o enfermeiro especialista em reabilitação e são elas:

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Sabemos que as lesões neurológicas não traumáticas, limitam e/ou incapacitam as pessoas na realização das suas actividades de vida diárias, são consequência de vários factores que predis põem para o surgir dessas lesões, ocupando um lugar de destaque nas doenças mais incapacitantes e com uma mortalidade muito elevada no nosso país, daí a pertinência deste contexto na reabilitação.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, no estudo sobre a situação demográfica recente em Portugal, (2003, p.129), a principal causa de morte em 2003, (último dado conhecido), são as doenças do aparelho circulatório, e entre estas, as cerebrovasculares continuam a ser a primeira causa de morte em Portugal.

Assim o principal objectivo deste estágio é:

Cuidar da pessoa e família com afecção neurológica não traumática, na perspectiva da enfermagem de reabilitação, e utilização dos seus handicaps, para o melhor restabelecimento da sua autonomia e cidadania.

Segundo Hesbeen, (2003, p. 43), handicap,

“...é uma situação danosa, associada às consequências dos obstáculos com que a pessoa e os seus próximos se confrontam no quotidiano da vida, decorrentes de uma deficiência, de uma incapacidade ou de características particulares”.

Como objectivos específicos temos:

1 – Conhecer a estrutura física orgânica e funcional do serviço de medicina do Centro Hospitalar Médio Tejo em Torres Novas.

2 – Planear as actividades a desenvolver durante o estágio.

3 – Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com afecção neurológica não traumática.

4 – Treinar a autonomia, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no serviço de medicina do Hospital Rainha Santa Isabel em Torres Novas.

5 – Intervir na preparação da pessoa para o regresso a casa.

6 – Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos neste contexto.

Iremos de seguida apresentar o plano de actividades propostas para estes objectivos.

Este poderá ser alvo de reajustamentos consoante as oportunidades de ganhos em saberes que forem surgindo ao longo das 4 semanas de estágio.

PLANO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	DURAÇÃO	INTERVENIENTES
<p>Conhecer a estrutura física orgânica e funcional do serviço de medicina do Centro Hospitalar Médio Tejo em Torres Novas.</p>	<p>1 – Apresentação ao enfermeiro tutor e restante equipa multidisciplinar.</p> <p>2 – Apresentação do espaço físico e recursos do serviço.</p> <p>3 – Apresentação de protocolos de actuação instituídos no serviço.</p> <p>4 – Validação do horário com o enfermeiro tutor.</p> <p>5 – Validação dos instrumentos de registos em enfermagem de reabilitação específicos, existentes no serviço.</p>	<p>Primeiro dia 2010/10/04</p>	<p>Enfermeiro tutor e mestrando.</p> <p>Normas e protocolos existentes no serviço</p>
<p>Planear as actividades a desenvolver durante o estágio.</p>	<p>1 – Elaborar o projecto de estágio segundo o contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa com afecção neurológica não traumática.</p>	<p>2010/10/04 a 2010/10/08</p>	<p>Enfermeiro tutor e mestrando</p> <p>Normas e protocolos existentes no serviço.</p> <p>Sistemas de informação do</p>

	<p>2 – Apresentar e validar o projecto com o enfermeiro tutor, enfermeiro António José Lopes.</p> <p>3 – Enviar o projecto depois de validado ao professor coordenador do estágio professor Joaquim Simões.</p> <p>4 – Fazer uso dos produtos de apoio existentes no serviço, nomeadamente placas de transferência, maca banheira, cadeiras de WC, etc.</p>		serviço
<p>Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com afecção neurológica não traumática.</p>	<p>1 – Observar os cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação do serviço.</p> <p>2 – Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar em acções específicas de enfermagem de reabilitação.</p> <p>3 – Planear as acções de enfermagem de reabilitação adequadas à situação do serviço</p>	<p>Início em 2010/10/07 até ao final do estágio.</p>	<p>Enfermeiro tutor, mestrando, equipa multidisciplinar, pessoa com afecção neurológica não traumática e família.</p> <p>Escalas de avaliação funcional utilizadas no serviço.</p>

	<p>4 – Efectuar a avaliação neurológica da pessoa, com as escalas em uso no serviço.</p> <p>5 – Utilizar posicionamentos anti-espásticos com orientação do enfermeiro tutor.</p> <p>6 – Realizar exercícios terapêuticos adequados à situação de cada pessoa com orientação do enfermeiro tutor.</p> <p>7 – Ensinar à pessoa consciente e colaborante, exercícios de automobilização com supervisão do enfermeiro tutor.</p> <p>8 – Praticar acções de transferência utilizando os recursos do serviço, tendo em atenção a ergonomia.</p> <p>9 – Participar nas actividades de vida diária e intervir nos handicaps da pessoa, potencializando-os.</p>	<p>A partir do dia 2010/10/07 até ao final do estágio</p>	<p>Instrumentos de registo de enfermagem existentes no serviço.</p> <p>Internet e bibliografia</p> <p>Produtos de apoio existentes no serviço</p>
--	--	---	---

	<p>10 – Realizar levantes e treino de equilíbrio sempre que necessário.</p> <p>11 – Realizar treino de marcha com ou sem ajudas técnicas.</p> <p>12 – Intervir na promoção da autonomia da pessoa na realização das suas actividades de vida diárias.</p> <p>13 – Planear com a pessoa/família, o seu projecto de vida e as intervenções possíveis da equipa multidisciplinar.</p> <p>14 – Registar as acções de enfermagem de reabilitação realizadas, utilizando os recursos do serviço.</p> <p>15 – Avaliar com o enfermeiro tutor os cuidados prestados e delinear estratégias de intervenção adequadas à evolução da situação de saúde da pessoa.</p> <p>16 – Realizar ensinios à</p>		
--	--	--	--

	<p>peessoa/família de acordo com a sua compreensão, intervindo na sua autonomia.</p>		
<p>Intervir na preparação da pessoa para o regresso a casa.</p>	<p>1 – Avaliar com o enfermeiro tutor e com a família as limitações e os handicaps da pessoa.</p> <p>2 – Avaliar com o enfermeiro tutor e a restante equipa multidisciplinar os recursos da comunidade onde a pessoa está inserida e produtos de apoio necessários no domicílio da pessoa afectada, adequados à sua situação.</p> <p>3 – Planear a continuidade da reabilitação da pessoa, adequando os recursos existentes na comunidade.</p>	<p>A partir do dia 2010/10/17 até ao final do estágio</p>	<p>Enfermeiro tutor, mestrando, equipa multidisciplinar, pessoa/família com afecção neurológica não traumática.</p>
<p>Treinar a autonomia, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no serviço de</p>	<p>1 – Observar as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação no serviço.</p>	<p>A partir do dia 2010/10/11 até ao final do estágio</p>	<p>Enfermeiro tutor e mestrando</p>

<p>medicina do Hospital Rainha Santa Isabel em Torres Novas.</p>	<p>2 – Treinar as técnicas específicas realizadas, de maneira a melhorar gradualmente o desempenho e a autonomia.</p> <p>3 – Validar com o enfermeiro tutor as acções desenvolvidas e planear as acções futuras.</p> <p>4 – Planear e avaliar as acções de enfermagem de reabilitação ao longo do estágio.</p>		
<p>Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos neste contexto.</p>	<p>1 – Utilizar a metodologia da pergunta em formato PICO sempre que exista alguma dúvida sobre algum procedimento ou técnica.</p> <p>2 – Utilizar as bases de dados científicas disponíveis.</p> <p>3 – Ter em atenção a pertinência dos artigos escolhidos e o seu grau de evidência.</p> <p>4 – Partilhar esta metodologia com a equipe de enfermagem do</p>	<p>Todo o estágio</p>	<p>Mestrando</p> <p>Bibliografia e internet</p>

	serviço.		
Reflectir sobre a aprendizagem adquirida ao longo deste estágio.	<p>1 – Avaliar a aprendizagem de acordo com os objetivos do estágio.</p> <p>2 – Adequar os recursos existentes com a expectativa de aprendizagem definida.</p> <p>3 – Adquirir conhecimentos de cuidados de enfermagem de reabilitação praticados neste serviço, mesmo que noutros contextos, sempre que sejam benéficos para a pessoa.</p> <p>4 – Aproveitar os recursos de aprendizagem de acordo com as oportunidades que possam surgir, potencializando a aquisição de conhecimentos específicos de reabilitação neste serviço.</p>	Todo o estágio	Mestrando e enfermeiro tutor

CONCLUSÃO

Este projecto serve de fio condutor, para a aquisição de conhecimentos teórico/práticos especializados em reabilitação, neste contexto específico.

Será alvo de reajustamentos e melhoramentos mas na essência, o objectivo principal é potencializar os recursos de aprendizagem que possam surgir neste serviço, de maneira a promover a autonomia do enfermeiro em aprendizagem, mais tarde no seu contexto de trabalho, ou permitir-lhe essa mesma autonomia se transitar para outro serviço.

Apesar de ser o primeiro estágio nesta especialidade, as expectativas de aprendizagem são grandes, quer devido à existência de um enfermeiro especialista em reabilitação no serviço, quer aos recursos apresentados, transmitidos em conversas informais com elementos da equipa de enfermagem que frequentam o mesmo curso.

Como é um estágio pertencente ao grupo II, será elaborado um relatório no final, direccionado para a discussão pública, cujo objectivo é a obtenção do grau de mestre.

Esperamos uma partilha de conhecimentos enriquecedora de modo atingir dos objectivos deste estágio.

BIBLIOGRAFIA

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

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – **A situação demográfica recente em Portugal** [Em linha]. [Consultado em 2010 -10-05]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=106213&ESTUDOSmodo=2

ORDEM DOS ENFERMEIROS **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional** [Em linha]. [Consultado em 2010-10-05]. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos2.pdf>

ANEXO Nº 5

Relatório de estágio em contexto de pessoas com alterações neurológicas traumáticas



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PROJECTO DE ESTÁGIO

(4º Bloco)

Estágio 2 e Relatório

**“REABILITAÇÃO DA PESSOA COM LESÕES NEUROLÓGICAS
TRAUMÁTICAS”**



Mestrando: João Paulo Vieira Rodrigues
Aluno nº 090430007

Enfermeiro Cooperante: Enf.º Luis Pedro Matias

Professor Orientador: Prof. Joaquim Simões

Santarém, Fevereiro de 2011

INDICE	PÁGINA
INTRODUÇÃO.....	3
PLANO DE ACTIVIDADES.....	6
CONCLUSÃO.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	13

INTRODUÇÃO

Este projecto insere-se na unidade curricular estágio 2 e relatório, 4º bloco, e contextualiza-se na reabilitação da pessoa com lesões neurológicas traumáticas.

Irá decorrer no Centro de Medicina de Reabilitação do Sul em São Brás de Alportel no período entre 16 de Janeiro e 17 de Fevereiro de 2011, tendo como enfermeiro cooperante o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Luís Pedro Matias.

A escolha deste local para campo de estágio, deve-se ao facto do mestrando pretender obter competências na prestação de cuidados de enfermagem específicos a pessoas com lesões neurológicas traumáticas, num contexto onde a reabilitação é o objectivo de toda a equipe transdisciplinar.

A Ordem dos Enfermeiros, (O.E.2010, <URL:https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematico_s2.pdf>), estipula 3 competências gerais para o enfermeiro especialista em reabilitação e são elas:

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A reabilitação no contexto específico das lesões neurológicas traumáticas, abrange várias facetas da enfermagem, numa interacção com todos os elementos da equipa transdisciplinar, dando continuidade ao trabalho dos outros técnicos de saúde, e onde os enfermeiros de reabilitação podem e devem dar resposta, nomeadamente, treinos de Actividades de vida, como o vestir e o despir, a higiene pessoal, aproveitando este momento para mobilizar algumas práticas específicas e durante a alimentação, quer na adequação de produtos de apoio como o treino efectuado com os mesmos. O Enfermeiro de Reabilitação neste contexto, exerce a sua prática no binómio pessoa/família/idade, porque as acções de enfermagem são únicas para cada situação e têm de ser adaptadas, quer ao desenvolvimento dos handicaps da pessoa que recebe os cuidados, quer perspectivando o futuro através da realização de projectos de vida, pois o internamento nestas unidades de saúde específicas é de curta duração e tem de ser

aproveitado o trabalho para a máxima autonomia e para que a pessoa possa continuar a exercer a sua cidadania.

Hesbeen, (2003, p.63), reforça este conceito referindo que, “*O processo de reabilitação, para além da pessoa que recebe cuidados e da sua família, recorre a inúmeros intervenientes, a diversos profissionais*”.

O mesmo autor refere que handicap é:

“...é uma situação danosa, associada às consequências dos obstáculos com que a pessoa e os seus próximos se confrontam no quotidiano da vida, decorrentes de uma deficiência, de uma incapacidade ou de características particulares (Ibidem, p.63).

O Estágio II tem como objectivos que o mestrando seja capaz de:

- 1 - Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares /interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.
- 2 - Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.

Os objectivos propostos pela escola fundem-se com os objectivos da Ordem dos Enfermeiros.

A Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 10), salienta que o enfermeiro especialista é aquele que apresenta:

“ (...) Um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”

Surge assim o objectivo principal que é:

Adquirir competências em enfermagem de reabilitação à pessoa/família com lesões neurológicas traumáticas, de acordo com os seus handicaps, promovendo a sua autonomia e o exercício da sua cidadania.

Como objectivos específicos o mestrando definiu os seguintes:

- 1 – Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Centro de medicina do Sul, Sul em São Brás de Alportel.

2 – Planear as actividades a desenvolver durante o estágio em conjunto com o enfermeiro cooperante.

3 – Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a pessoas com afecções neurológicas traumáticas.

4 – Aprofundar e adquirir conhecimentos técnico/científicos específicos neste contexto via operacional.

5 – Reflectir sobre a aprendizagem adquirida ao longo do estágio.

A Ordem dos Enfermeiros no seu Guia para a boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismos vertebro-medulares, refere que a maioria dos casos ocorrem em jovens adultos e “ *O trauma é um dos grandes problemas de saúde nas sociedades civilizadas*” (2009, p.19).

A limitação das capacidades dos jovens adultos, requer uma abordagem específica dos profissionais de saúde, de maneira a capacitarem estas pessoas a exercerem a sua máxima autonomia, quer em relação às suas actividades de vida diária, quer junto da família e cuidadores informais, limitando ao máximo a sua dependência.

O impacto psicológico destas lesões nas pessoas é muito profundo, modificando por completo todas as suas actividades individuais e sociais.

As lesões neurológicas traumáticas mais frequentes são os traumatismos crânio-encefálicos e as lesões vertebro-medulares.

Hoeman, (2000) refere que cada programa de reabilitação é altamente individualizado, devido à imobilidade que estas situações provocam.

A enfermagem de reabilitação tem um papel importantíssimo desenvolvido junto destas pessoas e famílias, onde alguns cuidados específicos são imprescindíveis nos programas de reabilitação, e apenas realizados pelos enfermeiros como os cuidados de higiene e alimentação, e na continuidade dos planos de reabilitação, executados por outros técnicos de saúde, pois é o enfermeiro que está 24 horas junto da pessoa com internamento numa organização de saúde.

PLANO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	DURAÇÃO	INTERVENIENTES
<p>1 – Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Centro de medicina do Sul, Sul em São Brás de Alportel.</p>	<p>1 – Apresentação ao enfermeiro cooperante e restante equipa interdisciplinar. 2 – Apresentação do espaço físico e recursos do serviço. 3 – Apresentação de protocolos existentes no serviço e orgânica funcional entre os vários departamentos. 4 – Validação do horário de estágio com o enfermeiro cooperante. 5 – Validação dos instrumentos de registos em Enfermagem de Reabilitação específicos, existentes na Organização. 6 – Observação da dinâmica da equipa interdisciplinar.</p>	<p>Primeiro dia 2011/01/26</p>	<p>Mestrando, enfermeiro cooperante e restante equipa interdisciplinar.</p>
<p>2 – Planear as actividades a desenvolver durante o estágio em conjunto com o enfermeiro cooperante.</p>	<p>1 – Elaboração do projecto de estágio em contexto de reabilitação da pessoa com afecções neurológicas traumáticas. 2 – Apresentação e validação do projecto de estágio com o enfermeiro cooperante, enfermeiro especialista em</p>	<p>Todo o estágio</p>	<p>Enfermeiro cooperante e mestrando</p>

	<p>reabilitação Luís Pedro Matias e posterior envio ao professor Joaquim Simões.</p> <p>3 – Participação nas reuniões interdisciplinares nomeadamente, passagens de turno, briefings e visitas médicas.</p> <p>4 – Participação activa no estabelecimento de prioridades, através do conhecimento das situações de saúde das pessoas e potencialidades específicas, para intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação.</p>		
<p>3 – Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a pessoas com afecções neurológicas traumáticas.</p>	<p>1 – Apresentação na unidade, das pessoas que irão receber cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.</p> <p>2 – Avaliação das necessidades e incapacidades da pessoa com afecções neurológicas traumáticas em intervenções em enfermagem de reabilitação e desenvolvimento de estratégias de intervenção para promoção da sua autonomia nas actividades de vida diárias.</p> <p>3 – Planeamento de acções de enfermagem de reabilitação</p>	<p>Todo o estágio</p>	<p>Mestrando, enfermeiro cooperante e restante equipa multidisciplinar.</p>

	<p>adequadas ao contexto e situação de saúde da pessoa, internada no Centro de Reabilitação.</p> <p>4 – Utilização de escalas de medida em vigor na Organização, relacionadas com a enfermagem de reabilitação.</p> <p>5 – Elaboração de planos de cuidados em enfermagem de reabilitação, adequados a cada pessoa/contexto.</p> <p>6 – Observação dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista na unidade.</p> <p>7 – Integração e colaboração com a equipa interdisciplinar em acções específicas em enfermagem de reabilitação.</p> <p>8 – Realização de exercícios específicos em enfermagem de reabilitação à pessoa com afecções neurológicas traumáticas.</p> <p>9 – Identificação dos produtos de apoio necessários para cada contexto pessoal e adaptação dos recursos existentes na organização, com o apoio da equipa multidisciplinar.</p>		
--	---	--	--

	<p>10 – Realização de ensinamentos à pessoa/família para dar continuidade às intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação, para promoção da autonomia do binómio pessoa/cuidador informal.</p> <p>11 – Supervisão dos exercícios realizados pela pessoa/cuidador informal, pelo Mestrando e enfermeiro cooperante, e reajuste e adequação dos mesmos ao contexto individual de cada pessoa.</p> <p>12 – Registo das intervenções de enfermagem de reabilitação utilizando a metodologia em vigor na organização.</p> <p>13 – Avaliação das intervenções realizadas, com o enfermeiro cooperante e planeamento de estratégias de intervenção adequadas à evolução da situação de saúde da pessoa.</p> <p>14 – Aproveitamento de outros contextos da reabilitação prestados pelos outros técnicos de saúde, para aquisição de novos conhecimentos teórico/práticos e melhorar a</p>		
--	--	--	--

	<p>performance na realização dos exercícios já conhecidos e praticados noutros contextos de estágio.</p> <p>15 – Comparação das escalas de avaliação utilizadas no início e no final do estágio, verificando a eficácia das intervenções em enfermagem de reabilitação na comunidade.</p> <p>16 – Utilização de observações participativas junto dos outros técnicos de saúde, como momentos de aprendizagem e partilha de saberes.</p> <p>17 – Observação e participação do circuito da pessoa, pelos diferentes departamentos de reabilitação da organização.</p>		
<p>4 – Aprofundar e adquirir conhecimentos técnico/científicos específicos neste contexto via operacional.</p>	<p>1 – Revisão sistemática da literatura relacionada com o contexto da reabilitação da pessoa com afecções neurológicas traumáticas.</p> <p>2 – Utilização de bases de dados científicas para pesquisa, utilizando a metodologia da prática baseada na evidência.</p> <p>3 – Previsão de momentos de discussão e análise de</p>	<p>Todo o estágio</p>	<p>Mestrando e enfermeiro cooperante</p>

	<p>intervenção com o enfermeiro cooperante, e partilha de dados bibliográficos sobre o contexto.</p>		
<p>5 – Reflectir sobre a aprendizagem adquirida ao longo do estágio.</p>	<p>1 – Avaliação da aprendizagem adquirida de acordo com os objectivos do estágio, em conjunto com o enfermeiro cooperante.</p> <p>2 – Aquisição de conhecimentos de cuidados de enfermagem de reabilitação específicos em reabilitação da pessoa com afecções neurológicas traumáticas.</p> <p>3 – Mobilização dos conhecimentos adquiridos noutros contextos de estágio e adequá-los ao actual contexto de enfermagem de reabilitação na comunidade.</p>	<p>Todo o estágio</p>	<p>Mestrando e enfermeiro cooperante.</p>

CONCLUSÃO

Este projecto serve de fio condutor, para a aquisição de conhecimentos teórico/práticos especializados em reabilitação, neste contexto específico.

Será alvo de reajustamentos e melhoramentos mas na essência, o objectivo principal é potencializar os recursos de aprendizagem que possam surgir em contexto específico de reabilitação, de maneira a promover no mestrando, uma visão globalizada dos diversos contextos do cuidar especializado, e particularmente às pessoas com lesões neurológicas traumáticas.

As expectativas de aprendizagem são grandes, devido à especificidade do contexto, que abrange áreas da enfermagem de reabilitação muito específicas, o que permite uma actuação do enfermeiro de reabilitação mais próxima dos projectos de vida individuais e uma intervenção na manutenção da cidadania por parte do receptor dos cuidados.

Também é grande a expectativa, em relação à unidade de saúde escolhida, por ser uma das três apenas existentes no nosso país.

Será elaborado um relatório no final, dando visibilidade à aprendizagem do mestrando ao longo deste percurso.

Esperamos uma partilha de conhecimentos enriquecedora de modo atingir dos objectivos deste estágio.

BIBLIOGRAFIA

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. 2ª Edição.** Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-13-4

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1998). **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros,** Lisboa: Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). **Sistema de individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. (SIECE). Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Caderno Temático. Modelo de desenvolvimento Profissional. Concelho de Enfermagem.**

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). **Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular.** Cadernos OE Série 1 número 2. ISBN: 978-989-96021-2-0

ORDEM DOS ENFERMEIROS **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional** [Em linha]. [Consultado em 2010-10-05]. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison. (1995). **Modelo de Enfermagem.** Editora McGraw Hill, Alfragide. ISBN 972-9241-98-8

ANEXO N° 6

Projecto de estágio de Opção.

“A Reabilitação da criança e do jovem no Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão”



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PROJECTO DE ESTÁGIO

OPÇÃO DE CONTEXO

(Estágio II e Relatório)

**“A Reabilitação da criança e do jovem no Centro de Medicina
Física e de Reabilitação de Alcoitão”**



Mestrando: João Paulo Vieira Rodrigues
Aluno nº 090430007

Enfermeira Cooperante: Enf.º Ana Silva

Professor Orientador: Prof. Joaquim Simões
Santarém, Novembro de 2010

INDICE

PÁGINA

INTRODUÇÃO.....	3
PLANO DE ACTIVIDADES.....	7
CONCLUSÃO.....	14
BIBLIOGRAFIA.....	15

INTRODUÇÃO

Este projecto insere-se na unidade curricular, Estágio II e Relatório, e irá desenvolver-se na Unidade de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Este estágio irá decorrer de 3 a 24 de Novembro de 2010.

Este projecto, poderá sofrer reajustamentos, consoante os ganhos em saberes que possam surgir ao longo deste tempo de aprendizagem.

Está inserido na Opção de Contexto, oportunidade que o mestrando tem em escolher um serviço específico, onde gostaria de aprofundar competências teórico/práticas para mais tarde aplicar no seu ambiente de trabalho.

Apesar da opção da “Reabilitação do Jovem e da Criança”, fazer parte da unidade curricular Enfermagem de Reabilitação II, opção II, não teve elementos inscritos suficientes, para que fizesse parte das unidades específicas de Enfermagem de reabilitação II, pelo que esta matéria curricular não foi abordada.

No entanto, como o mestrando trabalha no Serviço de Pediatria do Hospital de Santarém E.P.E., surgiu a oportunidade de poder optar por este contexto específico, obtendo assim ganhos úteis para a sua actuação futura como Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

A Ordem dos Enfermeiros, (O.E.2010, <URL:https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematico_s2.pdf>), estipula 3 competências gerais para o enfermeiro especialista em reabilitação e são elas:

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A reabilitação da criança, abrange os vários estádios do desenvolvimento psicomotor, pelo que o Enfermeiro de Reabilitação adapta a sua prática ao trinómio criança/família/idade, porque as acções de enfermagem são únicas para cada situação e têm de ser adaptadas, quer ao desenvolvimento dos handicaps da criança que recebe os

cuidados, quer perspectivando o futuro através da realização de projectos de vida, com o trinómio criança/família/ambiente.

O Estágio II tem como objectivos que o mestrando seja capaz de:

- 3 - Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares /interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.
- 4 - Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 10), salienta que o enfermeiro especialista é aquele que apresenta:

“ (...) Um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”

Esta descrição vem de encontro ao percurso que o enfermeiro de Reabilitação concretiza no seu contexto de trabalho, tendo bastante visibilidade quando se trata da reabilitação da criança e do jovem.

Tanto os objectivos estipulados para este estágio, como os pressupostos da Ordem dos Enfermeiros, fundem-se em todos os aspectos mencionados, realçando a aquisição de competências específicas neste contexto.

Surge assim o objectivo principal que é:

Adquirir competências em Enfermagem de Reabilitação, no cuidar da criança e do jovem com necessidades especiais, de acordo com os seus handicaps e estadio de desenvolvimento, promovendo o seu crescimento harmonioso e autonomia.

Como objectivos específicos o mestrando definiu os seguintes:

1 - Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de Reabilitação Pediátrica, do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

2 – Planear as actividades a desenvolver durante o estágio em conjunto com a enfermeira tutora.

3 - Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a crianças com incapacidades.

4 - Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos neste contexto.

5 - Intervir na preparação da criança/família para o regresso a casa.

6 - Reflectir sobre a aprendizagem adquirida ao longo deste estágio e neste contexto específico.

7 - Treinar a autonomia, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no Centro de Reabilitação de Alcoitão.

Segundo Hesbeen, (2003, p. 43), handicap,

“...é uma situação danosa, associada às consequências dos obstáculos com que a pessoa e os seus próximos se confrontam no quotidiano da vida, decorrentes de uma deficiência, de uma incapacidade ou de características particulares”.

Na criança, a sua vulnerabilidade está potencializada quer pela sua dependência física, quer pela sua dependência da família.

Ramos, (2004, p.149), refere que: *“O desenvolvimento, a saúde, os comportamentos, as concepções relacionadas com as necessidades da criança, com os seus ritmos de desenvolvimento e com as modalidades de cuidar e educar, correspondem a um processo complexo, interactivo e dinâmico”.*

Como o processo de reabilitação da criança é muito intenso, o enfermeiro especialista em reabilitação, também intervém no processo educativo, capacitando a família/criança na continuidade do programa de intervenção a desenvolver no domicílio.

Rodrigues e Barradas, (2010, p.4) citando Ramos, definem um aspecto importante para este contexto que é a resiliência.

“A resiliência é a capacidade para viver, ter sucesso e desenvolver-se de uma forma positiva, apesar de situações de adversidade ou de stress, que implicam o risco de uma saída negativa”.

\ Ramos (2004, p.177) refere que: *“O sentimento de pertença a uma família, a uma comunidade, a uma cultura, dá um sentimento de segurança interna que favorece o desenvolvimento da criança e resiliência”*

Esta capacidade é muito trabalhada e potencializada pelas intervenções da enfermagem de reabilitação em contexto pediátrico.

Assim, potencializar as capacidades da criança para a sua autonomia, requer um trabalho árduo, persistente, mas muito compensador pelos resultados obtidos directamente, pelas intervenções efectuadas pela equipa interdisciplinar.

Hoeman, (2000, p.739), refere o seguinte:

“ A enfermeira de reabilitação pediátrica tem qualificação específica para desempenhar o papel de gestora de caso para as crianças com incapacidades. A enfermeira e outros membros da equipa de reabilitação pediátrica, têm influência no desenvolvimento das crianças com situações crónicas e incapacitantes à medida que elas evoluem para adultos produtivos na nossa sociedade”.

É muito importante neste contexto, o “*dar-se*” como pessoa, pois as crianças com desvantagens e vulneráveis, absorvem tudo o que observam, e se for empatia, simpatia, alegria e reforço positivo ao “*fazer bem*”, são dimensões que promovem um crescimento mais harmonioso tal como foi referido anteriormente.

Passaremos de seguida à apresentação do Plano de Actividades.

PLANO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	DURAÇÃO	INTERVENIENTES
1 - Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de Reabilitação Pediátrica, do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.	1 – Apresentação ao enfermeiro tutor e restante equipa interdisciplinar. 2 – Apresentação do espaço físico e recursos do serviço. 3 – Apresentação de protocolos de actuação instituídos no serviço. 4 – Validação do horário com o enfermeiro tutor. 5 – Validação dos instrumentos de registos em enfermagem de reabilitação específicos, existentes no serviço.	Primeiro dia 2010/11/03	Mestrando, enfermeira tutora e restante equipa interdisciplinar
2 – Planear as actividades a desenvolver durante o estágio em conjunto com a enfermeira tutora.	1 – Elaboração do projecto de estágio em contexto da reabilitação da criança e do jovem com incapacidades.	Todo o estágio	Mestrando, enfermeira tutora e equipa interdisciplinar.

	<p>2 – Apresentação e validação do projecto com a enfermeira tutora, enfermeira especialista Ana Silva e posterior envio ao professor coordenador do estágio professor Joaquim Simões.</p> <p>3– Participação nas passagens de turno e reuniões da equipe de enfermagem.</p> <p>4- Observação da dinâmica da equipa interdisciplinar.</p> <p>5 – Planeamento das prioridades em cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, após avaliação na passagem de turno</p>		
<p>3 - Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a</p>	<p>1 – Observação dos cuidados prestados pelo enfermeiro de</p>	<p>Todo o estágio</p>	<p>Enfermeira tutora e mestrando</p>

<p>crianças com incapacidades.</p>	<p>reabilitação do serviço.</p> <p>2- Integração e colaboração com a equipa Interdisciplinar em acções específicas de enfermagem de reabilitação.</p> <p>3- Avaliação das necessidades da criança em intervenções em enfermagem de reabilitação.</p> <p>4- Planeamento de acções de enfermagem de reabilitação específicas adequadas ao contexto do serviço e à situação de saúde da criança.</p> <p>5 – Avaliação das incapacidades da criança e desenvolvimento de estratégias de intervenção para promoção da sua autonomia nas actividades de vida diária.</p> <p>6- Realização de exercícios terapêuticos adequados à situação</p>		
------------------------------------	---	--	--

	<p>de cada criança, com orientação do enfermeiro tutor.</p> <p>7- Avaliação da adequação dos produtos de apoio e adaptação a cada criança.</p> <p>8 – Realização de ensinios à criança/família que promovam a sua autonomia, com supervisão do enfermeiro tutor e mestrando.</p> <p>9 – Atribuição de reforço positivo às crianças, sempre que estas realizem de forma correcta ou melhorada, as actividades pedidas.</p> <p>10-Registo das acções de enfermagem de reabilitação realizadas, utilizando os recursos do serviço.</p> <p>11 – Avaliação realizada com o enfermeiro tutor dos cuidados prestados, e planeamento de</p>		
--	---	--	--

	estratégias de intervenção adequadas à evolução da situação de saúde da pessoa.		
4 - Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos neste contexto.	1 - Revisão sistemática da literatura relacionada com o contexto da reabilitação em contexto pediátrico. 2 – Utilização de bases de dados científicas para pesquisa, utilizando a metodologia da prática baseada na evidência.	Todo o estágio	Mestrando e enfermeira tutora
5 - Intervir na preparação da criança/família para o regresso a casa.	1 – Identificação junto da família da criança, das barreiras arquitectónicas existentes. 2– Ensino à família sobre estratégias de minimizar as barreiras arquitectónicas e	Todo o estágio	Mestrando, enfermeira tutora, equipa interdisciplinar e familia

	<p>utilização de produtos de apoio adequados.</p> <p>3 – Planeamento com a enfermeira tutora, dos ensinamentos necessários à autonomia da família, para cuidar da criança com desvantagens, preparando assim o seu regresso a casa.</p>		
<p>6 - Reflectir sobre a aprendizagem adquirida ao longo deste estágio e neste contexto específico.</p>	<p>1 – Avaliação da aprendizagem adquirida, de acordo com os objectivos do estágio, em conjunto com a enfermeira tutora.</p> <p>2– Adequação dos recursos existentes, com a expectativa da aprendizagem definida institucionalmente pela escola.</p> <p>3 – Aquisição de conhecimentos de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação específicos,</p>	<p>Todo o estágio</p>	<p>Mestrando e enfermeira tutora.</p>

	<p>praticados neste serviço, aproveitando todas as situações de aprendizagem possíveis, de modo a utilizá-las no futuro, no contexto de trabalho do mestrando.</p>		
<p>7 - Treinar a autonomia, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento, no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.</p>	<p>1 – Observação das intervenções autónomas da Enfermeira Especialista em Reabilitação no serviço.</p> <p>2 – Treino das técnicas específicas realizadas, de maneira a melhorar gradualmente o desempenho e a autonomia.</p> <p>3 – Validação com a enfermeira tutora, das acções desenvolvidas e planeamento das acções futuras.</p> <p>4 – Planeamento e avaliação das acções de enfermagem de reabilitação ao longo do estágio.</p>	<p>Ultima semana</p>	<p>Enfermeira tutora e mestrando.</p>

CONCLUSÃO

Este projecto, irá servir de fio condutor para o planeamento e realização deste estágio, que irá ser muito importante para o futuro do mestrando como enfermeiro especialista, por se adequar no mesmo contexto, em relação à população de intervenção.

Será alvo de reajustamentos e melhoramentos mas na essência, o objectivo principal é potencializar os recursos de aprendizagem que possam surgir neste serviço, que serão muitos, abrangendo um vasto leque de situações de saúde diferentes, assim como de intervenções.

Irá servir também, para consolidar conhecimentos que serão mobilizados noutros estágios, especialmente aqueles que são comuns aos contextos.

Como é um estágio pertencente ao grupo II, será elaborado um relatório no final, direccionado para a discussão pública, cujo objectivo é a obtenção do grau de mestre.

O mestrando espera uma partilha de conhecimentos enriquecedora, de modo a atingir dos objectivos deste estágio, aproveitando todo o potencial de aprendizagem neste serviço específico, assim como o potencial e competência da enfermeira tutora, perita nos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação em pediatria.

BIBLIOGRAFIA

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. 2ª Edição.** Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-13-4

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1998). **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros,** Lisboa: Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). **Sistema de individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. (SIECE). Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Caderno Temático. Modelo de desenvolvimento Profissional. Concelho de Enfermagem.**

ORDEM DOS ENFERMEIROS **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional** [Em linha]. [Consultado em 2010-10-05]. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>

RAMOS, Natália. (2004) **Psicologia Clínica e da Saúde.** Lisboa. Universidade Aberta. ISBN 972-674-436-9.

RAMOS, Natália; COVA, Anne; JOAQUIM, Teresa. (Org). (2004). A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. Uma abordagem intercultural comparativa, in **Desafios da Comparação. Família, Mulheres e Género em Portugal e no Brasil.** Oeiras, Celta editora.

RODRIGUES, João Paulo; BARRADAS, Alexandra M. C. R. Maus tratos infantis: Políticas e estratégias de intervenção. **Revista Nursing**, Fevereiro 2010. Nº 254, ano 22. Especial suplemento Saúde da criança.