



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II e RELATÓRIO

**Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação que promovem a
autonomia da pessoa dependente em processo de transição,
no autocuidado transferir-se.**

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

Sofia Catarina Costa Santo
Aluna nº 120430003

Orientador:
Mestre José Lourenço
Coorientador:
Mestre Júlia Santos

Santarém, julho, 2015

PENSAMENTO

Enquanto estiveres viva, sente-te viva.

Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.

Não vivas de fotografias amarelcidas...

Continua, quando todos esperam que desistas.

Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.

Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.

*Quando não consigas correr através dos anos,
trota.*

Quando não consigas trotar, caminha.

Quando não consigas caminhar,

Usa uma bengala.

Mas nunca te detenhas!

Madre Teresa de Calcutá

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Luís, pelo apoio, compreensão, dedicação e carinho na partilha de objetivos de vida.

Aos meus filhos, Duarte e Dinis, pelo encorajamento, preocupação e pela forma bondosa, que só a infância permite, como compreenderam e aceitaram as ausências da Mãe.

Obrigada pelos nossos laços...pelo nosso Amor.

AGRADECIMENTOS

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

Aos doentes e famílias pela receptividade, estímulo e incentivo para continuar, aprender e melhorar os cuidados a prestar.

Aos Professores, José Lourenço e Júlia Santos, pela disponibilidade, orientação, apoio e compreensão que permitiram uma reflexão metódica importante para o crescimento pessoal e profissional. Pela sua sinceridade, preocupação, incentivo e ânimo transmitido nos momentos mais difíceis deste percurso.

A todos os Enfermeiros Cooperantes pela partilha de momentos de aprendizagem e desenvolvimento.

À Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Ana Filipa Reis, pelo seu saber e experiência, pela sua forma de ser e estar, pela compreensão, apoio e receptividade, pela dedicação, realismo e sinceridade.

Ao meu marido Luís e aos meus filhos, Duarte e Dinis pela compreensão nos momentos de cansaço, desânimo e ausência, sempre com palavras de incentivo e companheirismo na partilha de momentos difíceis. Muito obrigada FAMÍLIA!

Aos colegas de curso pelos momentos de aprendizagem e convívio, um obrigada especial à Sónia Canhão pelo companheirismo e amizade.

Aos amigos verdadeiros e colegas de trabalho pelas palavras de ânimo e encorajamento para continuar.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, integrado na Unidade Curricular Estágio II e Relatório. Com a sua elaboração pretende-se apresentar a análise e reflexão das competências adquiridas durante o ensino clínico, nos três contextos da prática profissional, com base nos modelos teóricos de Orem e Meleis. Pretende-se ainda compreender se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da reeducação funcional motora promove o autocuidado transferir-se na pessoa em processo de transição, através da revisão sistemática da literatura, após a formulação da pergunta de investigação com formato PI[C]O.

A pesquisa foi efetuada na Plataforma EBSCO (2015/03/04) nas bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina. Foram pesquisados artigos em texto integral, publicados entre 2005 e 2015, utilizando as seguintes palavras-chave: **Nursing practice AND Rehabilitation AND Mobility**. De um total de 6 artigos encontrados foram excluídos 3 após a leitura do título, resumo e introdução e incluídos 3 de acordo com os critérios previamente definidos.

O conjunto da literatura argumenta que a pedra angular para a promoção da mobilidade é a prevenção da imobilidade, focando os objetivos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria da coordenação de movimentos, equilíbrio e tolerância, manutenção da força muscular e da força conjugada com a flexibilidade. Outros autores especificam intervenções com mais detalhe, explorando o papel do enfermeiro na performance dos exercícios de amplitude de movimento, sugerindo que estes podem ajudar a manter e melhorar a força muscular, o tónus, a mobilidade e a função cardiovascular dos pacientes.

Da análise dos artigos foi possível constatar que autotransferir-se é considerado um componente da mobilidade, quer no âmbito da avaliação inicial de enfermagem de reabilitação, quer no âmbito do planeamento e implementação das intervenções descritas como promotoras da mobilidade. Neste contexto, pode considerar-se que as intervenções de enfermagem de reabilitação que promovem a mobilidade, promovem o autocuidado transferir-se.

Palavras-chave - Prática de Enfermagem; Reabilitação, Mobilidade, Autocuidado transferir-se.

ABSTRACT

This report comes under the Master in Rehabilitation Nursing, within the Course Stage II and Report. With its preparation is intended to present the analysis and reflection of the skills acquired during the clinical training, in the three contexts of professional practice, based on theoretical models of Orem and Meleis. It also aims to understand whether the intervention of the Specialized Rehabilitation Nursing within the motor functional re-education promotes self-care transfer in person in transition through systematic review of the literature, after the formulation of the research question with format PI [C] O.

The research was carried out in EBSCO Platform (04/03/2015) in databases: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews and MedicLatina. We searched full-text articles published between 2005 and 2015, using the following keywords: Nursing practice AND Rehabilitation AND Mobility. A total of 6 articles were excluded 3 after reading the title, abstract and introduction and included 3 according to predefined criteria.

The literature argues that set the cornerstone for the promotion of mobility is the prevention of immobility, focusing on the goals of rehabilitation nursing care, improving coordination, balance and tolerance, maintaining muscle strength and flexibility combined with strength. Other authors specify interventions in more detail, exploring the role of nurses in the performance of range of motion exercises, suggesting that these can help maintain and improve muscle strength of patients, tone, mobility and cardiovascular function.

The analysis of the articles was established that Auto transfer up is considered a mobility component, or under the initial assessment of rehabilitation nursing, both in planning and implementation of interventions described as promoters of mobility. In this context can be considered that the rehabilitation nursing interventions that promote mobility, promote self-care transfers.

Keywords - Nursing Practice; Rehabilitation, mobility, self-care transfers.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ASIA - American Spinal Injury Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD'S – Atividades de Vida Diária

Cf. – Confronte

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enfª – Enfermeira

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

LM – Lesão Medular

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

TVM – Traumatismo Vertebro-Medular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

INDICE

	p.
INTRODUÇÃO -----	10
1- ENQUADRAMENTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO -----	12
2 – CONCETUAL TEÓRICO DO RELATÓRIO E DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO II -----	16
3 - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO II E RELATÓRIO -----	20
3.1 - CONTEXTO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA NÃO TRAUMÁTICA.-----	23
3.2 - CONTEXTO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA TRAUMÁTICA.-----	26
3.3 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Á PESSOA/FAMÍLIA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO.-----	28
4– REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA -----	31
4.1 – METODOLOGIA-----	32
5– ANÁLISE E REFLEXÃO -----	34
6 – CONCLUSÃO -----	40
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	42
ANEXOS	
ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA NÃO TRAUMÁTICA -----	46
ANEXO II – POSICIONAMENTO DA PESSOA COM AVC – PADRÃO ANTI-ESPÁSTICO-----	62
ANEXO III – PROJETO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA TRAUMÁTICA-----	70
ANEXO IV – FOLHETO INFORMATIVO – JEWETT-----	87
ANEXO V - PROJETO DE ESTÁGIO NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Á PESSOA/FAMÍLIA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO -----	92
ANEXO VI – PLANOS DE INTERVENÇÃO-----	110
ANEXO VII – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO-----	113
ANEXO VIII – CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO PICO-----	120

ANEXO IX – CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ESTUDOS/ARTIGOS-----	122
ANEXO X – PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DE ARTIGOS-----	124
ANEXO XI - CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE-----	126
ANEXO XII - ANÁLISE DOS ARTIGOS-----	128
ANEXO XIII – ARTIGO 2 - WHAT IS THE NURSING TEAM INVOLVEMENT IN MAINTAINING AND PROMOTING THE MOBILITY OF OLDER ADULTS IN HOSPITAL? A GROUNDED THEORY STUDY.-----	132
ANEXO XIV - ARTIGO 3 - SELF-EFFICACY AND ITS INFLUENCE ON RECOVERY OF PATIENTS WITH STROKE: A SYSTEMATIC REVIEW.-----	145
ANEXO XV - ARTIGO 6 - A SYSTEMATIC REVIEW OF NURSING CONTRIBUTIONS TO MOBILITY REHABILITATION: EXAMINING THE QUALITY AND CONTENT OF THE EVIDENCE.-----	165

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se na Unidade Curricular Estágio II e Relatório, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, cujo plano de estudos pretende assegurar que os mestrandos adquiram competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Segundo o Despacho n.º 7648/2014, que surge em alteração ao Regulamento dos Segundos Ciclos de Estudos do Instituto Politécnico de Santarém, o grau de mestre é conferido aos que tenham demonstrado possuir os conhecimentos e competências que se especificam no artigo 15.º do Decreto -Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto -Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto, através da aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso de mestrado e da aprovação no ato público da defesa da dissertação, do trabalho de projeto e ou do relatório de estágio.

A realização do estágio visa o desenvolvimento das aprendizagens e a aquisição de competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (REGULAMENTO Nº 122/2011), assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (REGULAMENTO Nº 125/2011).

Os ensinamentos clínicos a que se reporta este documento, foram realizados em contextos de prestação de cuidados especializados a pessoas com alterações à funcionalidade decorrentes de afecções neurológicas, traumáticas e não traumáticas, e outras específicas da enfermagem de reabilitação (estágio opcional), quer em contextos hospitalares, quer na comunidade, sob supervisão de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que preste cuidados especializados (cf. Programação da Unidade Curricular Estágio II e Relatório), integrados nas respetivas equipas dos contextos pretendidos e com base num projeto individual de trabalho.

A escolha da especialização em enfermagem de reabilitação está estreitamente relacionada com o gosto pessoal pela atenção particular inerente ao cuidar de pessoas com necessidades especiais.

A Enfermagem de Reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem como objetivo prestar a ajuda que a pessoa necessita, visando maximizar o seu potencial funcional e a independência, proporcionando o direito à

dignidade e à qualidade de vida (cf. Regulamento nº125/2011). Estes aspetos justificam a escolha da temática da mobilidade, especificamente da promoção da autonomia no autocuidado transferir-se, enquanto importante ponto de partida para maximizar o potencial funcional e a independência da pessoa.

Para a realização deste relatório foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivos gerais:

- Analisar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação adquiridas ao longo do ensino clínico, nos três contextos da prática profissional;
- Aprofundar conhecimentos sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da reeducação funcional motora tendo em vista a promoção do autocuidado transferir-se na pessoa em processo de transição, através da revisão sistemática da literatura.

Objetivos específicos:

- Analisar as atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio, face aos objetivos definidos nos respetivos projetos.
- Refletir sobre as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolvidas nos três contextos de estágio.
- Enquadrar a prática clínica desenvolvida na evidência científica, através da revisão sistemática da literatura e da formulação de uma questão em formato PICO.
- Compreender se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da reeducação funcional motora promove o autocuidado transferir-se na pessoa dependente em processo de transição.

Estruturalmente, após a introdução, este documento apresenta o enquadramento conceptual da Enfermagem de Reabilitação. O capítulo que se segue integra o concetual teórico e das atividades desenvolvidas ao longo do estágio II, em que são apresentados os principais conceitos inerentes à teoria do Déficit de Autocuidado de Orem e das Transições de Meleis. No terceiro capítulo são apresentadas as considerações inerentes à análise e reflexão das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio.

No quarto capítulo, são expostos os aspetos referentes à revisão sistemática da literatura, em que se identificam e definem conceitos de acordo com a metodologia utilizada. Segue-se a reflexão e análise perspetivando evidenciar os aspetos fundamentais dos artigos e a resposta à pergunta PICO, relacionando esses aspetos com os estágios desenvolvidos. Termina com a conclusão.

1- ENQUADRAMENTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A crescente longevidade das populações associada ao desenvolvimento tecnológico e científico verificado nas últimas décadas, quer em termos de diagnóstico, quer em termos de tratamento das doenças, tem condicionado, não apenas a crescente necessidade de cuidados de saúde, bem como a importância da diferenciação dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos.

A fim de proporcionar, nas diferentes áreas de cuidados em saúde, a prestação de cuidados de qualidade que garanta o bem estar e a segurança dos doentes, surgiram as especializações de Enfermagem.

Assim se destaca a importância da formação ao longo da vida, com o intuito de aprofundar conhecimentos e aperfeiçoar competências numa área específica do domínio do cuidar em enfermagem, tornando-o especializado.

O International Council of Nurses (ICN, 2009) refere que a especialização implica um nível maior de conhecimento e habilidade num aspeto particular da Enfermagem, que é maior do que a adquirida num curso base de Enfermagem.

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011) define que este é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Tendo como foco de atenção os cuidados de enfermagem especializadas no âmbito da enfermagem de reabilitação, o regulamento 125/2011 salienta que esta,

enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo conhecimentos e procedimentos específicos que lhe permitam ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, e deste modo preservar a auto-estima.

Neste contexto, o processo de reabilitação exige a “... utilização de técnicas e ações interdisciplinares, com o esforço conjunto de todos os profissionais e familiares, (...) que devem ter como objetivo comum a melhoria e/ou reabilitação das funções diminuídas ou

perdas para preservar a capacidade de viver de cada indivíduo...” (Faro, 2006, p. 129). Os enfermeiros de reabilitação, enquanto parte integrante da equipa multidisciplinar, “ajudam indivíduos e famílias a adaptarem-se às mudanças de vida causadas pela doença e pela incapacidade” (Hoeman, 2011:183).

O elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativamente à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa, proporcionando-lhe assim o direito à dignidade e à qualidade de vida (cf. Regulamento nº125/2011).

Complementando, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, acrescenta que esta área de intervenção previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que lhes provoquem “deficit” funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (cf. OE, 2011).

Assim, a enfermagem de reabilitação é considerada “uma intervenção criativa para conseguir a máxima funcionalidade e a melhor qualidade de vida” (Hoeman, 2011:1), para tal, no âmbito das suas intervenções utiliza técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (OE, 2011:4).

Perante a vasta área de intervenção e a complexidade inerente às intervenções de enfermagem de reabilitação, tendo como foco de atenção a singularidade da pessoa e a sua centralidade no planeamento das estratégias a implementar de forma a atingir os seus objetivos, salienta-se a importância da capacidade ativa, criativa e motivadora do enfermeiro de reabilitação, desenvolvendo capacidades e aperfeiçoando competências, com o intuito de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

É no incentivo à capacidade de se adaptar às circunstâncias da sua nova vida que se centra a ajuda prestada pelo enfermeiro especialista de reabilitação, na medida em que abrange, em toda a sua amplitude, as atividades inerentes ao quotidiano da vida da pessoa, desde o ensino e treino das AVD's, até aos aspetos relacionados com a mobilidade e a acessibilidade.

Tendo em conta que a acessibilidade é um atributo essencial do meio edificado sustentado, e que sem acessibilidade as pessoas com deficiência não podem ser autónomas, o meio físico edificado deve permitir que todos os indivíduos se desenvolvam como pessoas que

são (cf. Conceito Europeu de acessibilidade, 2005). Estes são aspetos que devem ser valorizados pelo enfermeiro de reabilitação, já que é da sua competência promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (cf. Regulamento 125/2011).

Assim, parece fundamental que sejam criadas condições de acesso e delineadas estratégias para adequar o ambiente às necessidades da pessoa. No âmbito das suas competências, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação identifica barreiras arquitetónicas e orienta para a sua eliminação, no contexto de vida da pessoa, de forma a ultrapassar os défices motores, aumentar a independência funcional e melhorar a qualidade de vida. Para além disto, o enfermeiro de reabilitação “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento nº 125/2011).

A este propósito, a Lei nº38/2004 de 18 de Agosto, que define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, considera pessoa com deficiência, aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas.

A Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF,2004) define que atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. De forma similar, a limitação da atividade é definida como as “dificuldades que um indivíduo pode ter na execução das atividades (...) comparada com a maneira ou a extensão esperada em pessoas sem essa condição de saúde” (CIF, 2004:187).

Tendo como foco de atenção a pessoa com deficiência ou limitação da atividade, o enfermeiro de reabilitação, identifica os fatores que condicionam a independência na realização das AVD`s no contexto da vida da pessoa, avalia a capacidade funcional para a realização das mesmas, bem como, elabora e implementa programa de treino de AVD`s, visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximizando a autonomia e a qualidade de vida.

No âmbito das suas competências, o enfermeiro de reabilitação, seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), ensina e supervisa a sua utilização, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa (Regulamento 125/2011).

Segundo o Decreto-Lei n.º 93/2009, produto de apoio é “... qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a

limitação funcional ou de participação”. São meios indispensáveis ao bem estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma atividade mais independente, com menor esforço e dor, com menor dispêndio de energia e maior comodidade (Menoita, 2012).

Os objetivos da enfermagem de reabilitação e a sua vasta área de intervenção, em associação com a previsão do ministério da saúde (2005) que estima que nas próximas décadas “as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa aumentem, e que é igualmente previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados” (OE, 2011:2), são aspetos que evidenciam o desafio que se impõe aos enfermeiros de reabilitação, bem como salientam a sua importância no seio das equipas de saúde.

2 – CONCEPTUAL TEÓRICO DO RELATÓRIO E DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO II

Com maior ênfase desde a década de 50 do século passado, têm surgido diferentes teorias e modelos conceituais de Enfermagem.

Neste âmbito, o trabalho desenvolvido por Orem no final dos anos 60 continua a ser uma referência nos nossos dias, quer pela importância amplamente reconhecida da teoria do autocuidado na prestação de cuidados de enfermagem, quer pela sua relevância no âmbito da enfermagem de reabilitação, bem como nas aprendizagens desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos em análise neste relatório.

Segundo Tomey e Alligood (2004) o autocuidado é definido por Orem como uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios, ou que alguém a executa por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem estar. Tem que ser aprendido e executado, deliberada e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos.

A Teoria de Enfermagem do défice de autocuidado engloba três teorias: a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si; a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que se faça enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

O défice de autocuidado traduz “a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado” (Tomey e Alligood, 2004:218). Desta forma, o défice refere-se à relação entre as ações que os indivíduos deveriam desenvolver e aquelas que têm capacidade de desenvolver, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem estar.

A Teoria fundamenta-se em cinco conceitos centrais inter-relacionados: a ação do autocuidado; a capacidade de autocuidado; a necessidade de autocuidado; o défice de autocuidado e a intervenção enfermagem.

Intervenção de enfermagem refere-se à atenção de um enfermeiro como compensação ou ajuda prestada para dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa. Segundo Tomey e Alligood (2004), de acordo com a teoria dos sistemas de enfermagem, as intervenções de enfermagem podem ser: totalmente compensatórias (o enfermeiro de reabilitação concretiza o autocuidado, compensa a incapacidade, apoia e protege o doente);

parcialmente compensatórias (o enfermeiro de reabilitação executa algumas medidas de autocuidado, compensa as limitações, assiste conforme necessário e regula a atividade de autocuidado); ou de apoio e educação (o enfermeiro de reabilitação regula o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado).

Nesta sequência, quando as capacidades da pessoa são insuficientes, há a necessidade da intervenção de enfermagem de reabilitação, variável consoante o grau de incapacidade. Tal insuficiência poderá decorrer de características específicas de saúde ou uma alteração do estado de saúde que impeça o desenvolvimento das atividades de autocuidado, em benefício próprio, com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem estar pessoal.

Para Basto (2014), a experiência humana de saúde resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos, e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda. A perda do bem estar não é o aparecimento de doença mas sim a incapacidade de recriar o potencial individual.

Estes aspetos reportam-nos para o modelo teórico desenvolvido por Meleis, centrado no conceito de transição, definido por Chick & Meleis (2010) como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. É um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções. O intervalo de tempo indica um fenómeno em curso mas limitado, e a perceção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta.

Para esta autora, a saúde revela-se por consciencialização, “empowerment”, controlo e mestria na vida. A ausência deste equilíbrio, provocada normalmente por momentos de crise, coloca as pessoas na iminência de uma transição.

Para Meleis (2005), o cliente deve ser perspectivado como um ser humano com necessidades específicas, em constante interação com o meio envolvente, e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar, um desequilíbrio gerador do processo de transição.

Meleis, et al (2000) identificam quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem, vividas individualmente pelos utentes ou pelas famílias: desenvolvimental (associadas a mudanças no ciclo vital); saúde/doença; situacional (relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis) e organizacional.

Para os mesmos autores, apesar de existir uma tipologia das transições, cada transição caracteriza-se por ser única, pelas suas complexidades e múltiplas dimensões. Assim sendo, os enfermeiros de reabilitação devem concentrar-se não apenas num tipo específico de transição,

mas sim nos padrões de todas as transições significativas na vida individual ou familiar, como forma de integrar a pessoa e a família no processo de reabilitação.

Segundo Meleis et al (2000), o conceito de transição remete para uma mudança do estado de saúde, nos papéis desempenhados pelos clientes, nas expectativas de vida, nas habilidades ou mesmo na capacidade de gerir as condições de saúde. Assim sendo, as transições com relevância para a enfermagem desafiam o cliente a incorporar um novo conhecimento e novas habilidades, capazes de modificar comportamentos e a definição que o cliente faz de si e da sua condição. Neste contexto, os enfermeiros de reabilitação “... dão assistência a pessoas com incapacidades ou com doenças crónicas, visando obter ou manter o máximo de capacidades funcionais, um nível de saúde e bem estar ótimo, um saber lidar efetivo com as mudanças e alterações das suas vidas” (Hoeman, 2011, p. 1).

Para Meleis, et al (2000), as transições são complexas e multidimensionais, apresentando propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos.

O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, pois a pessoa só pode envolver-se depois de ter noção da mudança. O nível de envolvimento de uma pessoa que reconhece as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, será diferente daquela em que tal não acontece (Meleis, et al, 2000). Neste âmbito, Stryker (1977) refere que a intervenção da enfermagem de reabilitação desenvolve-se através de “... um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio da doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida” (Cf. Hoeman: 2011, p. 1).

Os indicadores de transições bem sucedidas são o bem estar subjetivo, mestria no desempenho de um papel e o bem estar nas relações (Schumacher e Meleis, 1994). Tendo em conta o interesse da enfermagem na saúde, podem identificar-se indicadores adicionais, tais como: qualidade de vida; adaptação; capacidade funcional; auto atualização e transformação pessoal (Meleis, et al., 2000). Neste âmbito, o enfermeiro de reabilitação avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, bem como concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (Regulamento 125/2011).

O terceiro domínio da Teoria das Transições consiste nos padrões de resposta. Estes podem ser indicadores de processo e de resultado.

Os indicadores de processo incluem: sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado, e desenvolver confiança e coping (Meleis, et al., 2000). Sentir-se ligado,

nomeadamente aos profissionais de saúde, aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas são outro indicador importante de uma experiência positiva (Meleis, et al., 2000). A interação entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição permite um contexto harmonioso e efetivo de auxílio, colaboração e ajuda, tornando-se, igualmente, indicador de uma transição saudável.

Os padrões de resposta, através dos indicadores de resultado, manifestam-se pela mestria e pela integração fluida da identidade. A mestria revela um progresso nas capacidades e competências do indivíduo, que lhe permitem viver a transição com sucesso. São exemplos de mestria a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou desenvolvimento de relações sólidas com outros indivíduos e aprendizagem de formas de adaptação à mudança. Neste contexto, segundo Hesbeen (2003) a Reabilitação é um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social.

A integração fluida da identidade está relacionada com a forma como o indivíduo incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridas, para uma melhor adaptação à realidade após a transição (Meleis, et al., 2000).

Em síntese, a Teoria das Transições de Meleis permite ao profissional de enfermagem de reabilitação uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000). Neste âmbito, o elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida permitem ao enfermeiro de reabilitação tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Regulamento 125/2011). Neste sentido, a interação enfermeiro/pessoa organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação, para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007).

Na orientação da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, o modelo do autocuidado de Orem e das transições de Meleis revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (cf.OE, 2011).

3 - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO II E RELATÓRIO

A construção do saber em enfermagem emerge da relação permanente entre os saberes teóricos aprendidos e o saber desenvolvido com base no exercício da prática profissional.

O capítulo que aqui se inicia destina-se á análise fundamentada, reflexiva e crítica, das atividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação inerentes ao estágio II, nos diferentes contextos.

No contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica não traumática, o ensino clinico decorreu no Hospital de Santarém, no serviço de Medicina 4 – Homens, no qual a causa mais comum de internamento é a ocorrência de acidente vascular cerebral. O segundo bloco foi desenvolvido no Hospital Egas Moniz, no serviço de Neurotraumatologia, no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração neurológica traumática, com especial enfase a situações de TVM. O terceiro bloco foi desenvolvido na UCC do Cartaxo, integrando a ECCI, tendo em vista a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família em situação de dependência ou com perda da autonomia, em contexto comunitário.

Em cada contexto foram desenvolvidas as atividades apresentadas nos respetivos projetos de estágio, planeadas de acordo com os objetivos definidos, integrando a equipa multidisciplinar.

Segundo o Regulamento 125/2011, “A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar (...) que pretende ajudar as pessoas (...) a maximizar o seu potencial funcional e independência” este foi o sentimento apreendido como prioritário, em todos os contextos, não tendo ocorrido qualquer situação de desagrado ou entrave à colaboração com as equipas multidisciplinares.

Todos os contextos proporcionaram experiências promotoras do desenvolvimento de competências, quer as comuns do enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011), quer as específicas do enfermeiro de reabilitação, definidas pelo Regulamento 125/2011: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição

da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

No âmbito das suas competências, o enfermeiro de especialista em enfermagem de reabilitação, avalia a funcionalidade da pessoa/família e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

A avaliação inicial constitui o ponto de partida, transversal aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados nos diferentes contextos de estágio, na qual se inclui a colheita de dados, realizada a partir de todas as fontes disponíveis. Os dados colhidos são a base para identificar as necessidades individuais, recursos potenciais e metas previstas. Uma avaliação completa é essencial a uma intervenção clínica apropriada (Hoeman, 2011).

A avaliação neurológica e funcional motora assume relevante importância para o planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação. “Uma correta neuroavaliação das alterações, ou potenciais alterações, do estado neurológico pode ser a chave para o sucesso da reabilitação” (Menoita, 2012: p.40), na medida em que permite identificar as limitações e principalmente, a capacidade funcional da pessoa, por forma a rentabilizá-la na promoção da sua máxima independência, através da aprendizagem de diferentes modos de executar as funções.

Para objetivar a avaliação neurológica e funcional, foram mobilizadas as escalas: NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) específica para a pessoa com AVC; Escala de classificação neurológica *Standard* de lesões medulares da ASIA; Dor (escala numérica); Escala de Braden (Risco de ulcera de pressão); Índice de Barthel (Desempenho das atividades de vida diárias); Escala de Lower (força muscular); Escala modificada de Ashworth (tónus muscular/espasticidade); Escala de Berg (Equilíbrio) e MIF (Medida de independência Funcional).

Para Hoeman (2011:177) a “avaliação de enfermagem da função, com base em medidas válidas e objetivas, contribui de maneira significativa para a avaliação interdisciplinar e para o planeamento dos cuidados”. Neste contexto, cada instrumento deve ser capaz de medir o domínio de interesse, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação entre disciplinas, doentes e famílias, medir a eficácia do tratamento e determinar os benefícios das intervenções de reabilitação (Hoeman, 2011). Estes aspetos fundamentam a importância da utilização de escalas para medição de todos os domínios que contribuem para a independência da pessoa, nomeadamente na realização das AVD's, evidenciando a eficácia das intervenções.

Das intervenções planeadas e executadas ao longo do estágio, destacam-se os exercícios de amplitude articular, por serem um conjunto de ações específicas para mobilizar as articulações através da sua amplitude de acordo com a capacidade individual, e por

servirem para prevenir contraturas ou atrofia musculares, para manter o tónus muscular, a força e a função (Hoeman, 2011).

O treino de equilíbrio surge também no âmbito das intervenções realizadas para manter a mobilidade. É definido como um conjunto de “exercícios que têm como objetivo reeducar o equilíbrio na posição de sentada, estático e dinâmico” (Menoita, 2012:106), com o intuito de possibilitar uma maior participação da pessoa nas atividades de autocuidado. Estes aspetos foram vivenciados ao longo do estágio, observando-se uma maior motivação e capacidade de participação da pessoa nos autocuidados inerentes às ABVD.

A elaboração e implementação de programas de treino de ABVD visam a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida (cf. Regulamento nº 125/20011). “A independência, ou máximo de funcionalidade possível, para cada uma das AVD, pode ser atingida pelo treino de capacidades remanescentes e/ou através do uso de estratégias adaptativas, nomeadamente através de dispositivos de compensação ou produtos de apoio” (Parecer MCEER nº 12/2011).

A autonomia no autocuidado transferir-se é o ponto de partida para a implementação de programas de treino de AVD`s.

Segundo a CIF (2004) autotransferir-se na posição de sentado significa mover-se na posição de sentado, de um assento para outro, no mesmo nível ou em nível diferente, como por exemplo, passar de uma cadeira para uma cama. Inclui: mover-se de uma cadeira para outro assento, como por exemplo, para uma sanita; mover-se de uma cadeira de rodas para um assento de um veículo.

De forma similar, o autocuidado transferir-se “consiste no modo como se procede á movimentação de um cliente de um lado para o outro: cama ou maca para cadeira e vice-versa; (...); cadeira de rodas para sanita e vice-versa” (ACSS, 2011: p.199). Os seus objetivos são: estimular o padrão respiratório, de mobilidade e de eliminação; prevenir complicações circulatórias e músculo-esqueléticas; promover o autocuidado transferir-se; permitir a deslocação e a realização de atividades; facilitar o relacionamento com os outros e com o meio ambiente; promover o conforto e o bem estar (ACSS, 2011). Ao atingir estes objetivos, o enfermeiro de reabilitação em conjunto com a pessoa, para além de prevenir complicações decorrentes da imobilidade, maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento 125/2011).

No decorrer do estágio, foi realizado o ensino e treino da ABVD transferir-se, higiene pessoal, vestuário, locomoção, alimentação e controlo da eliminação vesical e intestinal e uso do sanitário, tendo como ponto de partida as capacidades funcionais residuais da pessoa.

Ainda no âmbito das suas competências específicas, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação intervém na prevenção de complicações secundárias, nomeadamente respiratórias, potencialmente gravosas decorrentes da imobilidade. “Os movimentos respiratórios tornam-se mais superficiais e rápidos, o que associado à ineficácia do revestimento ciliar e à fraqueza dos músculos abdominais, que reduzem a efetividade da tosse, facilita a acumulação de secreções, predispondo à infeção” (OE, 2013:24). Assim sendo, destacam-se as atividades inerentes á RFR, desenvolvidas ao longo do estágio, com o intuito de corrigir defeitos ventilatórios decorrentes da imobilidade, tendo em conta as capacidades da pessoa.

3.1 - CONTEXTO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA NÃO TRAUMÁTICA.

No âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC, salienta-se a importância da avaliação dos campos visuais, na medida em que permite determinar a forma como a esta percebe o espaço circundante, reconhecendo-o na sua totalidade ou negligenciando o hemiespaço e/ou hemicorpo contra laterais (Neglect geralmente decorrente de lesões do hemisfério direito), aspetos que podem condicionar o planeamento e execução de atividades no que se refere ao treino do autocuidado nas ABVD.

Esta alteração da atenção hemiespacial seletiva é caracterizada “por uma incapacidade em entender, explorar, responder ou orientar-se para estímulos presentes no hemiespaço e/ou hemicorpo contra lateral” (Menoita, 2012: p.143). Esta alteração, sem descurar a sua inter-relação com a avaliação funcional da pessoa, assume relevante importância no que se refere á reabilitação das suas capacidades e funcionalidade, a qual deve englobar “todas as funções do corpo, atividades e participação” (CIF,2004:7).

De acordo com Hoeman (2011), o objetivo global da avaliação da mobilidade funcional é determinar o grau de independência do utente, o ambiente ideal, as ajudas ou o equipamento necessário para que o mesmo, em condições de segurança, tenha sucesso e realize a sua gestão pessoal. Neste contexto, o enfermeiro de reabilitação concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (Regulamento 125/2011).

A avaliação neurológica e funcional é um meio de incorporar os resultados da avaliação nos planos de cuidados centrados no utente, o que, por sua vez, tem influência direta nos diagnósticos e nas intervenções de enfermagem (Hoeman, 2011). O enfermeiro de

reabilitação implementa as intervenções planejadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade (Regulamento 125/2011).

No que respeita aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa com AVC, dada a importância da estimulação do, e pelo lado afetado, com o intuito de reeducar a função motora e sensitiva, foi realizada a estimulação visual, motora e proprioceptiva através do posicionamento em padrão anti-espástico e atividades bilaterais, nomeadamente o incentivo para a automobilização. Além destas atividades terapêuticas, saliente-se ainda o rolar no leito, a ponte, a rotação controlada da articulação coxofemoral, a carga no cotovelo e a facilitação cruzada, que encontram fundamentação em Bobath (1990), Johnstone (1987) e OMS (2003), ao referirem que o progresso da reabilitação da pessoa com AVC é, em geral, obtido através da sequência de exercícios progressivos que seguem o padrão de desenvolvimento motor adquirido pelos bebés, no sentido de promoverem a facilitação do movimento (cf. Menoita, 2012).

O treino de equilíbrio sentado foi realizado com a pessoa em posição de sentada na cama, com os joelhos fletidos em angulo reto e com os pés apoiados no chão. Mantendo as mãos de lado, suportando o peso do tronco, pretende-se que a pessoa consiga manter-se em equilíbrio. Tem como objetivos: reeducar o mecanismo reflexo-postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural e a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e preparar para a marcha (Menoita,2012). O treino de equilíbrio estimula a noção de posição e de movimento, bem como permite novas aprendizagens motoras no hemisfério afetado, o que se revelou essencial para iniciar o ensino e treino de AVD.

Com a pessoa em posição de sentada foram realizadas intervenções de estimulação motora e sensitiva, como o incentivo à automobilização dos membros, superior e inferior, do lado afetado, pés descalços bem apoiados no chão, posicionamento com o membro inferior menos afetado sobre o afetado e do membro superior em padrão anti espástico. Dada a não existência de superfície de trabalho, esta foi substituída por almofadas. De referir ainda o ensino e treino de exercícios de reeducação dos músculos da face que, pela possibilidade de se manter sentada, foram realizados com a pessoa em frente ao espelho.

A importância do desempenho destas atividades foi revelada através da observação de resultados positivos, a nível da mobilidade e da participação da pessoa, o que se considera um aspeto motivador.

O autocuidado transferir-se foi treinado tal como preconizado por Johnstone, a pessoa sai da cama pelo lado hemiplégico e entra pelo lado menos afetado (Menoita, 2012). Apesar

de implicar maior dificuldade, esta forma de execução da técnica apresenta vantagens relacionadas com a estimulação do lado afetado.

A autonomia no autocuidado transferir-se é considerada o importante ponto de partida, não apenas para dar continuidade à estimulação da pessoa, por exemplo, coloca-la frente a um espelho, o que “irá facilitar a integração de todo o esquema corporal e a correção da postura” (Menoita,2012:110), como pela possibilidade do ensino e treino dos restantes autocuidados. Segundo Menoita (2012) este é o momento ideal para incentivar a realização de atividades dirigidas ao arranjo pessoal, que necessitam igualmente de ser treinadas.

Assim sendo, além do autocuidado transferir-se, foi realizado o ensino e treino das ABVD, higiene pessoal, vestuário, locomoção, alimentação e controlo da eliminação vesical e intestinal e uso do sanitário, tendo como ponto de partida as capacidades funcionais residuais da pessoa.

Segundo Menoita (2012), na pessoa com AVC pode surgir disfagia orofaríngea, ou seja, dificuldade em iniciar a deglutição resultante da diminuição da força, do tónus e/ou da sensibilidade dos músculos da face, da mandíbula e/ou da língua. Assim sendo, foi realizado o ensino e treino de estratégias compensatórias da deglutição, (exercícios para resistência muscular, exercícios de controlo do bolo alimentar, exercícios de proteção das vias aéreas, exercícios de mobilidade laríngea, manobras posturais). Verificou-se alguma dificuldade no ensino e treino destes exercícios, relacionada com as dificuldades da pessoa, quer em compreendê-los, quer em executá-los. Contudo, foi incentivada a ingestão de líquidos utilizando espessante alimentar, de forma a controlar o medo associado à disfagia e prevenir a desidratação.

No que se refere à preparação do regresso a casa há a salientar a colaboração com o projeto em desenvolvimento no serviço: Preparação do Regresso a casa da Pessoa com AVC e seu cuidador. Neste âmbito foram desenvolvidas atividades de ensino e treino das AVD, envolvendo a pessoa e o cuidador, em sessões programadas de modo a proporcionar o ensino/treino e incentivar o esclarecimento de dúvidas relacionadas com as ABVD acima referidas. Foram também realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas, posicionamentos e alternância de decúbitos em padrão anti-espástico, condições habitacionais (acessibilidades, barreiras arquitetónicas) e a necessidade de produtos de apoio específicos, facilitadores do processo de reintegração no domicílio.

Para ajudar estas pessoas na sua recuperação e conseqüentemente reintegrá-las na sociedade, é fundamental o envolvimento da família durante o internamento, informando e incentivando no sentido da sua máxima independência. Numa visão mais holística, há também que dar ênfase aos aspetos psicológicos, cognitivos, sociais e financeiros, que deverão ser

avaliados e encaminhados, no sentido de proporcionar á pessoa/ família os apoios de que necessita.

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista e em colaboração na formação em serviço, foi realizada uma sessão de formação sobre “ Posicionamento da pessoa com AVC – Padrão anti-espástico” (ANEXO II), justificada pela necessidade de formação e contínua sensibilização dos enfermeiros para esta temática. De referir o agrado em relação á metodologia utilizada que enfatizou a prática dos diferentes posicionamentos em padrão anti-espástico por parte da assistência, apesar da pouca comparência, provavelmente causada pela desmotivação e pelo cansaço associado à carga horária.

3.2 - CONTEXTO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA TRAUMÁTICA.

O enfermeiro de reabilitação identifica as necessidades de intervenção para otimizar e reeducar a função. Também neste contexto da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação a avaliação inicial assume relevante importância para o planeamento dos cuidados, tendo como ponto de partida a colheita de dados em associação com a avaliação neurológica e funcional da pessoa, realizada utilizando as escalas, salientando-se a importância da Escala de classificação neurológica Standard de lesões medulares da ASIA. Esta escala baseia-se na avaliação da sensibilidade e da função motora, sendo possível classificar o paciente quanto ao tipo de lesão (completa - não há preservação de função motora e sensitiva abaixo do nível neurológico da lesão, ou incompleta - há preservação parcial da função motora e/ou sensitiva abaixo do nível neurológico da lesão) (OE, 2009).

A avaliação da sensibilidade é efetuada no sentido crânio caudal, por meio da avaliação da sensibilidade dolorosa e sensibilidade táctil, em áreas chave para cada dermatomo nos dois hemisférios.

A avaliação da função motora tem como objetivo a determinação do grau de movimento que a pessoa com TVM possui. É insuficiente a constatação de presença ou ausência de movimento nas extremidades. O movimento deve ser quantificado em relação ao grau de força muscular, tendo sido utilizada a escala de Lower. Esta avaliação deverá ser realizada utilizando os músculos chave, nos dois hemisférios. Adicionalmente deve também ser examinado o esfíncter anal externo, para avaliar se existe ou não capacidade de contração voluntária, o que auxilia na diferenciação de lesão completa ou incompleta (OE, 2009).

Consequente à avaliação inicial, o enfermeiro de reabilitação identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função (Regulamento 125/2011).

Para a OE (2009), na pessoa com TVM, quer se verifique uma paralisia flácida ou espasticidade, está ameaçada a possibilidade de manter a amplitude normal de movimentos. Por este motivo foram realizadas mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas dos segmentos articulares, conforme a tolerância da pessoa (sem exceder os 90 graus de abdução do ombro (se lesão cervical) e da articulação coxo-femural (se lesão a nível lombar).

Ainda com o intuito de otimizar a função motora, depois de estabilizada a lesão, foi realizado o treino de equilíbrio sentado, estático e dinâmico, com os pés apoiados no chão ou num banco de apoio. No que se refere ao treino de equilíbrio de pé houve a possibilidade da utilização do standing frame, o que proporcionou o conhecimento do modo e benefícios da sua utilização.

O autocuidado transferir-se da cama para a cadeira de rodas foi ensinado e treinado utilizando tábua de transferência, de acordo com a potencialidade da pessoa, rentabilizando as suas capacidades e maximizando a autonomia.

No âmbito da função respiratória da pessoa com TVM, a intervenção do enfermeiro de reabilitação assume relevante importância no que diz respeito à prevenção de complicações do foro respiratório, quer causadas pelo nível da lesão e consequente comprometimento dos músculos respiratórios, quer pela imobilidade/repouso no leito, que poderá ser necessário por um período considerável. De acordo com a OE (2009:240), “dependendo do nível do TVM, o padrão respiratório pode ser ineficaz.” Deste modo, o planeamento efetuado e realizado através do ensino e treino dos exercícios respiratórios, tendo como ponto de partida a avaliação inicial, obedeceram não apenas às características e capacidades e da pessoa, bem como ao tipo e nível da lesão medular.

O enfermeiro de reabilitação realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (Regulamento 125/2011). Neste âmbito foi efetuado o ensino e treino da ABVD transferir-se, higiene pessoal, vestuário, alimentação, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários e locomoção, com a utilização dos produtos de apoio disponíveis no serviço: cadeira de rodas, cadeira higiénica e tábua de transferência.

No que respeita à ABVD controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, considerando-se a especificidade do funcionamento vesical e intestinal em pessoas com TVM, os cuidados prestados neste âmbito convergiram para o treino de hábitos, de forma a reeducar a bexiga e o intestino.

De acordo com o Guia de boa Prática de cuidados de Enfermagem à pessoa com traumatismo Vertebro-medular (OE,2009), face a problemas de eliminação vesical, a atuação da Enfermagem de Reabilitação tem que atender a vários fatores que a irão direcionar: nível

de LM, fase de evolução do TVM, existência ou não de lesões associadas, antecedentes urológicos, capacidade de aprendizagem e de compreensão, motivação para aderir às atividades a desenvolver, capacidades motoras mantidas para desenvolver as atividades a propor, envolvimento da família/cuidador em todo o processo.

Neste contexto, salienta-se a realização do ensino, instrução e treino de técnicas de desencadeamento da micção (manobra de Valsalva e percussão da região supra púbica) e controlo de ingestão alimentar e hídrica. Salienta-se ainda a importância da existência e utilização de um dispositivo para avaliar o volume vesical residual (Blader Scan) bem como a sua utilidade na adequação dos cuidados, face a especificidade da bexiga de cada pessoa. Não foi possível a realização do ensino/treino da técnica da algáliação/auto esvaziamento vesical.

No que concerne à eliminação intestinal, efetuou-se também ensino, instrução e treino acerca da administração de clisteres e da avaliação da sua necessidade, estimulação anal digital, manobra de Valsalva, massagem abdominal e ingestão alimentar e hídrica. Tais intervenções preconizam a independência da pessoa na ABVD controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários.

No âmbito das competências gerais do enfermeiro especialista e com o intuito de participar no plano de formação em serviço, foi elaborado um folheto informativo destinado á pessoa com lesão vertebro medular com necessidade de ortótese – Jewett, em cooperação com a Enf.ª Maria Castelo, 4ª CPLEER. A sua realização surge da necessidade de possibilitar o esclarecimento das dúvidas emergentes da sua utilização após o regresso a casa. O exercício profissional num serviço de Ortopedia contribuiu com alguma experiência em relação á sua utilização e instrução do cuidador, o que se considera um aspeto facilitador para a seleção dos conteúdos essenciais a incluir no referido folheto.

3.3 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Á PESSOA/FAMÍLIA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Tendo em conta que os objetivos gerais da reabilitação são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, promover a autoestima (Regulamento 125/2011), o enfermeiro de reabilitação em contexto comunitário encontra-se em posição privilegiada para ajudar as pessoas a maximizar a funcionalidade desenvolvendo as suas capacidades, na medida em que a visita domiciliária possibilita a avaliação do potencial de reabilitação da pessoa em associação com a situação económica, o apoio, a capacidade e empenho do cuidador e da família, bem como o meio envolvente e as condições habitacionais.

Estes aspetos reportam para a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação em contexto domiciliário, no que se refere ao ensino e treino das ABVD, adequando-os às condições habitacionais por forma a rentabilizar as capacidades da pessoa. Neste âmbito, salienta-se a importância da autonomia no autocuidado transferir-se como aspeto possibilitador, quer da reintegração da pessoa no ambiente e na vida familiar e social, quer da promoção da autonomia na realização das restantes ABVD, através da implementação de planos de intervenção com o propósito de desenvolver estratégias adaptativas, com o intuito de promover as capacidades da pessoa, tendo em conta as condições habitacionais.

Neste contexto, a intervenção do enfermeiro de reabilitação visa a adaptação da pessoa ao meio, sendo por vezes necessária a adaptação do meio por forma a promover a mobilidade da pessoa no ambiente domiciliário.

Contudo, a intervenção nem sempre é fácil na medida em que está dependente da vontade e da motivação da pessoa e do cuidador, muitas vezes em situação de cansaço físico e psicológico. Por outro lado, a existência de barreiras arquitetónicas inerentes ao interior e ao acesso ao domicílio são aspetos dificultadores da promoção da independência da pessoa, nomeadamente no que diz respeito às ABVD higiene pessoal, locomoção e controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, havendo a necessidade da negociação de estratégias de adaptação do domicílio.

Estes aspetos exercem também influência no que concerne à seleção e prescrição de produtos de apoio especificamente nos que se referem ao apoio da marcha, verificando-se que por vezes o mais indicado para a pessoa é incompatível com espaço físico.

Relativamente á problemática da acessibilidade, de salientar a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação na identificação de Barreiras arquitetónicas, que condicionam a independência da pessoa com limitação funcional no meio edificado, na definição de estratégias para ultrapassá-las, bem como na emissão de alertas para a sua existência perante as entidades competentes, tais como a Junta de Freguesia ou a Câmara Municipal.

No âmbito das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e das aprendizagens profissionais inerentes ao regulamento 122/2011, com o intuito de participar no plano de formação em serviço, foi realizada de uma sessão de formação sobre o tema: “Enfermagem de reabilitação e a sexualidade no idoso em contexto domiciliário” (anexo VI), a qual proporcionou no seio da equipa multidisciplinar a discussão da importância da abordagem do tema.

De acordo com a OMS (2001) a sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida e engloba o sexo, a identidade de género e papel, a orientação sexual, o

erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. Hoeman (2011:591) refere que “uma das áreas mais contempladas e menos discutidas da reabilitação – a atividade sexual – é um tópico que preocupa as enfermeiras de reabilitação”.

Estes aspetos justificam a escolha deste tema que, não tendo sido convenientemente abordado em contextos anteriores, beneficia dos aspetos relacionados com o ambiente domiciliário, que proporciona maior privacidade e conseqüentemente maior disponibilidade, quer da pessoa/casal, quer do enfermeiro de reabilitação, para a abordagem do tema, esclarecimento de dúvidas e discussão de estratégias compensatórias para ultrapassar condicionalismos que possam comprometer a proximidade, o contacto, a comunicação entre o casal, bem como manifestações de amor, carinho, afeto, ternura e intimidade.

4– REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Um dos objetivos definidos pela escola para a realização deste relatório consiste em “fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática” (Escola Superior de Saúde de Santarém, 2011). Não sendo objetivo desta estratégia produzir investigação, mas sim desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência, a orientação vai no sentido da identificação do conhecimento mais atualizado sobre as temáticas eleitas pelo mestrando, identificado a partir da pergunta formulada, de acordo com a metodologia PI[C]OD (cf. Documento orientador à elaboração do relatório - obtenção do grau de mestre – mod.77.03).

No âmbito das suas competências, o enfermeiro de reabilitação avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD`s de forma independente, bem como concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas (Regulamento 125/2011). Estas são áreas fulcrais da intervenção do enfermeiro de reabilitação, que dependem da mobilidade da pessoa. Estes são os aspetos que fundamentam a escolha da mobilidade como área temática para a realização desta revisão sistemática da literatura (RSL).

De acordo com a CIF, a mobilidade é definida como a capacidade de mudar e manter a posição do corpo. Define ainda que mudar a posição básica do corpo significa adotar e sair de uma posição corporal e mover-se de um local para outro, como por exemplo, levantar-se de uma cadeira para se deitar na cama, e adotar e sair de posições (CIF, 2004:124).

No decorrer do estágio II foram várias as vivências em que foi possível observar a importância da avaliação da mobilidade para o planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação, tendo em vista a maximização das capacidades da pessoa, a autonomia no autocuidado e a promoção da qualidade de vida. Branco e Santos (2010) definem que qualidade de vida pressupõe um nível elevado de adaptação com diminuição da incapacidade no menor tempo possível.

4.1 – METODOLOGIA

A prática baseada na evidência, suportada pela RSL, visa a atualização do conhecimento tendo em conta que os cuidados são pensados e executados a partir da necessidade concreta do cliente, procurando integrar na reflexão as intervenções terapêuticas que conduzem a resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (cf. Documento orientador à elaboração do relatório). Tendo em conta estes aspetos, foram definidos os critérios para a formulação da pergunta PI[C]O, apresentados em anexo VIII, os quais constituem o guia orientador para a formulação da pergunta:

Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação (I) que promovem o autocuidado transferir-se (O) na pessoa dependente em processo de transição (P)?

Face à questão PICO, foram identificados como termos chave: **Nursing practice AND Rehabilitation AND Mobility**. Tal como esquematizado em Anexo IX.

Os termos identificados foram verificados na plataforma MeshBrowser, confirmando-se que Rehabilitation é descritor, Nursing practice e Mobility são considerados “qualifiers”.

Partindo da questão PICO foi definido o objetivo da pesquisa: Identificar quais as intervenções do enfermeiro de reabilitação que promovem a autonomia no autocuidado transferir-se, na pessoa dependente em processo de transição.

A pesquisa foi efetuada a 2015/03/04 (18h e 35’), nas bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina.

Como limitadores foram selecionados: Boleano frase, Humano, texto completo em PDF e friso cronológico 2005-2015, conforme protocolo da pesquisa apresentado em anexo X.

Foram encontrados seis artigos, dos quais, um foi excluído após a leitura do título, resumo e introdução, e dois após a leitura integral, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (anexo IX) foram incluídos três artigos.

Dos artigos incluídos, dois foram encontrados na base de dados CINAHL Complete e o restante na Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Dois artigos são oriundos do Reino Unido e um é holandês.

Foi então efetuada a análise dos artigos através da elaboração de quadros esquemáticos que incluem o número do artigo, o objetivo do estudo, participantes, intervenções, resultados e nível de evidência, apresentados em anexo XI. Os originais dos artigos são apresentados em anexos XII, XIII e XIV.

De referir que os artigos fazem referência ao termo transferência, o que, para efeitos de tradução e análise dos artigos, se associa ao ensino e treino do autocuidado transferir-se,

enquanto competência do enfermeiro de reabilitação, com o intuito de capacitar a pessoa para o autocuidado.

De referir ainda que ao longo dos artigos analisados é feita referência a intervenções de enfermagem que são sobreponíveis às definidas pelo Regulamento 125/2011, que define as intervenções específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Este aspeto está relacionado com a nacionalidade de origem dos artigos selecionados, e as consequentes diferenças no que respeita ao regulamento do exercício profissional, face ao que vigora no nosso país.

5– ANÁLISE E REFLEXÃO

Os artigos analisados referem que os idosos identificam que ser capaz de permanecer ativo e manter as habilidades funcionais existentes são importantes determinantes do bem estar e qualidade de vida (Aberg et al., 2005). Infelizmente, durante a vida adulta, as dificuldades com a mobilidade muitas vezes começam a surgir. Os períodos de hospitalização também se tornam mais prováveis (DOH, 2001) e reconhece-se que a admissão no hospital, muitas vezes precede um rápido declínio da mobilidade (Boltz et al, 2010; McCusker et al, 2002), com muitos idosos a desenvolverem perda funcional durante o internamento (Covinsky et al., 2003).

Estes aspetos estão relacionados com a necessidade de permanecer em repouso no leito por um período variável de tempo, o que poderá causar complicações decorrentes da imobilidade, aspeto que foi possível constatar no decorrer do ensino clínico.

Para Melleis (2010) o envelhecimento e os processos de doença são momentos de transição na vida das pessoas que conduzem ao aparecimento de limitações físicas, emocionais e cognitivas. A mesma autora refere que as transições resultam de e resultam em mudanças, mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambientes.

Segundo Meleis et al (2000), o conceito de transição, no contexto da enfermagem, remete para uma mudança do estado de saúde, nos papéis desempenhados pelos clientes, nas expectativas de vida, nas habilidades ou mesmo na capacidade de gerir as condições de saúde. Este são aspetos relevantes no que respeita ao processo de reabilitação, cuja multidisciplinaridade permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência (Regulamento 125/2011).

As evidências sugerem que processos estruturados de reabilitação podem ter a capacidade de reter a deterioração da mobilidade (Mudge et al., 2008; Said et al, 2012.; Brown et al., 2006; Folden e Tappen, 2007). De acordo com Jester (2007), a reabilitação é reconhecida amplamente como um processo de quatro fases: avaliação abrangente; definição de metas a curto, médio e longo prazo; desenvolvimento de um plano para atingir as metas; e avaliação do progresso.

No que se refere à avaliação inicial, no âmbito das suas competências específicas, o enfermeiro de reabilitação avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que

determinam limitações da atividade e incapacidades (Regulamento 125/2011). A este respeito, Boltz et al. (2010) refere que a capacidade funcional inclui o desempenho de atividades de autocuidado, e é influenciada em particular pela capacidade do indivíduo se mobilizar.

Os autores transmitem a importância de uma abordagem proativa de enfermagem para encorajar os pacientes a moverem-se, ajudando a prevenir a imobilidade. Para alcançar este objetivo é fundamental a realização da avaliação da mobilidade por parte dos enfermeiros de reabilitação.

Segundo Kneafsey (2007), Treml (1996) sugere, focando-se em enfermeiros da comunidade, que o cenário da mobilidade deve ser incluído nas avaliações dos idosos e descreve três domínios da mobilidade funcional: capacidades de mobilidade funcional; AVD's e atividades instrumentais de vida diária.

Durante o estágio em contexto comunitário verificou-se a importância destes domínios para o planeamento e implementação das intervenções de reabilitação que visam a adaptação da pessoa ao meio, por forma a maximizar a mobilidade, a funcionalidade na realização das AVD's e a capacitação para a reinserção da pessoa na vida familiar e social. Neste contexto de cuidados, o enfermeiro de reabilitação está numa posição privilegiada para promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (Regulamento 125/2011).

Na revisão sistemática da literatura analisada, Kneafsey (2007) apresenta o contributo de vários autores no que diz respeito aos aspetos a incluir na avaliação inicial de enfermagem de reabilitação. Slack e Phair (1996) sugeriram que os enfermeiros de reabilitação devem avaliar a capacidade dos pacientes em repouso e equilíbrio, padrão da marcha, velocidade e capacidade de transferir-se de um lugar para outro. Hieber (1998) acrescentou mais dimensões à análise da mobilidade, tais como: revisões dos testes de diagnóstico; avaliação física do alinhamento do corpo e postura; mobilidade conjunta; força muscular; tónus muscular e avaliação funcional, havendo também referência à avaliação da marcha e a padrões anormais de marcha (Dunn 1982, Fariah 1994). No entanto, os autores não explicam adequadamente como é que a informação adquirida nessas avaliações deve ser usada para guiar as intervenções dos enfermeiros de reabilitação.

A importância de uma completa avaliação inicial é recentemente defendida por, Hoeman (2011) ao referir que uma avaliação completa é essencial a uma intervenção clínica apropriada e a avaliação funcional é central ao planeamento e execução dos cuidados recuperativos.

Ao longo do ensino clínico foi possível verificar que uma completa avaliação de enfermagem de reabilitação permite identificar as limitações e principalmente, a capacidade

funcional da pessoa, por forma a rentabiliza-la na promoção da sua máxima independência, através da implementação de planos de intervenção baseados nas necessidades da pessoa.

Os estudos referem que existe uma discussão limitada sobre o contributo dos pacientes para a definição de metas. Contudo, a partir da avaliação de enfermagem, os pacientes ficam idealmente mais envolvidos na definição metas de reabilitação e em discutir os planos de intervenção de reabilitação.

Os estudos referem ainda que, integrada no processo de reabilitação, a equipa de enfermagem pode ser significativa na implementação de intervenções específicas para melhorar a mobilidade nos idosos (Padula et al, 2009; Pashikanti e Von Ah, 2012).

Para McCloskey & Bulechek (1998), uma intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado num julgamento clínico e no conhecimento que o enfermeiro utiliza para melhorar os resultados dos pacientes.

O conjunto de literatura argumenta que a pedra angular para a promoção da mobilidade é a prevenção da imobilidade aliada à complexidade das avaliações profundas da mobilidade dos pacientes, focando os objetivos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria da coordenação, equilíbrio e tolerância, manutenção da força muscular e da força conjugada com a flexibilidade.

Outros autores especificam intervenções de enfermagem de reabilitação para promover a mobilidade com mais detalhe, explorando o papel do enfermeiro na performance dos exercícios de amplitude de movimento, sugerindo que estes podem ajudar a manter e melhorar a força muscular dos pacientes, o tónus, a mobilidade e a função cardiovascular.

A mobilização precoce também tem sido identificada como uma prioridade (Balaguras e Holly, 2009; King, 2012). Uma revisão recente da literatura relativa ao início dos protocolos de mobilização em pacientes internados, do foro médico-cirúrgico, descobriu que tais protocolos foram associados com resultados positivos para a prevenção da trombose venosa profunda, duração do internamento para alguns pacientes e para manter ou melhorar o estado funcional no momento da alta após a cirurgia (Pashikanti e Von Ah, 2012).

Outras intervenções assinaladas na literatura incluem a tarefa orientada e treino (Rensick et al., 2009) e exercícios de resistência e fortalecimento muscular (Mangione et al, 2010;. Mudge et al, 2008;. De Morton et al., 2007). Na reabilitação, os enfermeiros tem o objetivo de ajudar os pacientes a aprender e a readquirir o controlo sobre as suas incapacidades e a sua saúde, para melhorar as suas perspectivas de futuro (Marks et al. 2005). A enfermagem de reabilitação tem a responsabilidade de assistir e treinar a mobilidade dos pacientes, as AVD`s e de garantir intervenções terapêuticas para melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde.

A este respeito Korpershoek (2011) introduz o conceito de autoeficácia que é descrito como a confiança na capacidade de executar uma tarefa ou um comportamento específico de cada um (Bandura, 1994). A autoeficácia, a confiança nas capacidades e competências de cada um, tem influência na potencialidade dos pacientes para aprender (Mark set al.2005).Um elevado sentido de autoeficácia leva a resultados desejados, como melhorias da saúde (Mark set al, 2005).

Autoeficácia está relacionada com a situação e a tarefa, conceito específico do comportamento, e pode ser desenvolvida por 4 fontes de influência. A primeira fonte, a forma mais forte de influenciar a autoeficácia, é a existência de experiências de liderança através de performances de sucesso na realização de tarefas. A segunda fonte é a experiência intermédia onde o individuo observa outros a cumprirem tarefas, a terceira fonte é a persuasão verbal ou encorajamento pelos profissionais e família, e a quarta fonte é o estado físico, onde a interpretação de sinais físicos, como a ansiedade, stress, excitação e estados de humor, também providenciam informação sobre as crenças na eficácia (Bandura 1994).

As evidências mostram que as intervenções de reforço da autoeficácia precisam de estar integradas nos cuidados diários dos pacientes e de ser combinados com intervenções orientadas para a tarefa, na reabilitação dos pacientes com AVC.

Autoeficácia foi significativamente associada com a mobilidade, equilíbrio, capacidade motora, capacidade de caminhar, subir escadas e levantar-se de cadeiras (Hellstrom et al.2003, Belgen et al. 2006, Michael et al.2006, Pang &Eng 2008). Quando se providenciam intervenções de reforço da autoeficácia, o uso de todas as 4 fontes de autoeficácia é o mais eficiente (Robinson-Smith, 2003).

Assim, os enfermeiros de reabilitação podem usar a primeira fonte, pela prática de tarefas e ABVD's, como vestir, comer ou beber, começando com uma tarefa fácil que o paciente pode facilmente desempenhar, e que levará a uma experiencia de sucesso e ao aumento da autoeficácia do paciente. A segunda fonte é apropriada para proporcionar momentos em que os pacientes comem e bebem juntos; a terceira fonte em momentos em que o paciente é encorajado enquanto exercita o cuidado diário; e a última fonte é apropriada para comunicar os sinais de preocupação dos pacientes e sintomas relacionados com o AVC.

A análise dos artigos salienta que a mobilidade, definida como a capacidade de mudar e manter a posição do corpo (CIF, 2004), influencia as capacidades funcionais e a independência da pessoa no autocuidado.

No âmbito das suas competências específicas, o enfermeiro de reabilitação concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, bem

como, elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (Regulamento 125/2011).

Ao longo dos ensinamentos clínicos foram desenvolvidas intervenções descritas como promotoras da mobilidade tendo como ponto de partida a avaliação inicial da capacidade funcional, destacando-se a mobilização passiva, ativa, ativa assistida e resistida dos segmentos articulares, treino de equilíbrio e incentivo à automobilização com o intuito de prevenir complicações da imobilidade, manter ou melhorar a força muscular e a coordenação de movimentos. Tais intervenções, implementadas de forma contínua e progressiva, demonstraram a sua eficácia através do desenvolvimento das capacidades da pessoa e da sua capacidade em mover-se.

Para Gaugler et al. (2007) os componentes da mobilidade incluem a possibilidade de caminhar, levantar-se, sentar-se, mudar de posição e mover-se na cama. Segundo Kneafsey (2007), o termo mobilidade é usado para referir as ações físicas envolvidas no levantar e baixar, manter-se de pé, caminhar, dobrar-se e transferir-se.

De acordo com Kneafsey (2013) o processo de manutenção da mobilidade e reabilitação inicia-se com a avaliação do movimento, no momento da admissão do paciente. Essa avaliação visa identificar a medida em que o paciente consegue mover-se na cama, transferir-se de e para a cama ou para a cadeira, sentar-se numa cadeira e mobilizar-se de forma independente.

Dos componentes da mobilidade referidos salienta-se a importância do autocuidado transferir-se que, em simultâneo, exige mobilidade e influencia o desenvolvimento da funcionalidade da pessoa. Autotransferir-se segundo a CIF (2004) significa mover-se de uma superfície para outra, por exemplo, deslizar ao longo de um banco ou mover-se da cama para a cadeira, sem mudar a posição do corpo e inclui autotransferir-se enquanto sentado ou deitado.

A importância deste autocuidado reside no facto de permitir a deslocação da pessoa e a realização de atividades, facilitar o relacionamento com os outros e com o meio ambiente e promover o conforto e o bem estar (ACSS, 2011).

De acordo com o Kneafsey (2013), as transferências assistidas foram importantes momentos de observação da intervenção de enfermagem de reabilitação devido ao seu potencial para a reabilitação. Promovendo a autonomia no autocuidado transferir-se, através das intervenções que promovem a mobilidade, identificadas e descritas anteriormente e nos artigos, o enfermeiro de reabilitação poderá implementar programas de treino de AVD's que visam a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida (cf. Regulamento nº 125/2011).

Na realização de treinos específicos de AVD's, o enfermeiro de reabilitação ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (Regulamento 125/2011). Assim sendo, no âmbito do autocuidado transferir-se, poderá utilizar a cadeira higiênica no ensino e treino das ABVD higiene pessoal e eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, ou a cadeira de rodas que possibilita a deslocação da pessoa para a partilha de refeições à mesa familiar ou para a participação em momentos de convívio com a família e amigos, não esquecendo o acesso aos cuidados de saúde e a possibilidade de trabalhar e divertir-se.

Ao atingir estes objetivos, o enfermeiro de reabilitação em conjunto com a pessoa, para além de prevenir complicações decorrentes da imobilidade, maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, possibilita a sua reintegração na família e na comunidade, proporcionando-lhe assim o direito à dignidade e à qualidade de vida (cf. Regulamento 125/2011).

6 – CONCLUSÃO

Para as nações industrializadas, onde a população idosa e a prevalência de condições crônicas de saúde aumentou substancialmente, encontrar as melhores maneiras de manter e melhorar os níveis de mobilidade e independência funcional pode ser crucial para permitir que as organizações de cuidados de saúde possam atender às necessidades de saúde da população.

Neste âmbito, os cuidados de enfermagem de reabilitação têm como foco de atenção a manutenção e promoção do bem estar e da qualidade da vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades da pessoa (OE, 2011).

Estes aspetos manifestam a abrangência e diversidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação e revelam a exigência de atenção e reflexão para que a sua prática seja competente e diferenciada. Estes aspetos alicerçam o desenvolvimento profissional, o crescimento pessoal e o aperfeiçoamento de capacidades humanas inerentes a esta caminhada de aquisição de aptidões, para a prática especializada em Enfermagem de Reabilitação.

Relativamente aos objetivos definidos para este relatório, foi definido o concetual teórico, relacionando as teorias do autocuidado de Orem e das transições de Meleis com as atividades desenvolvidas ao longo do estágio II. A reflexão sobre as competências desenvolvidas no estágio II e relatório salienta a importância das intervenções implementadas, tendo como foco de atenção as competências específicas do enfermeiro de reabilitação, nunca esquecendo a singularidade da pessoa cuidada, os seus limites, os seus recursos, as suas vontades e principalmente as suas capacidades.

No que se refere às competências desenvolvidas no âmbito da prática baseada na evidência, com a utilização da metodologia PICO, foi possível aprofundar conhecimentos sobre a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no âmbito da mobilidade, através da revisão sistemática da literatura. Salienta-se como aspeto facilitador a realização de dois trabalhos baseados nesta metodologia no decorrer do curso de mestrado.

No que diz respeito à pergunta PICO formulada, de acordo com os estudos analisados, podemos dizer que foram encontradas evidências sobre quais as intervenções do enfermeiro

especialista em enfermagem de reabilitação que promovem a mobilidade na pessoa dependente em processo de transição.

Da análise dos artigos foi possível constatar que autotransferir-se é considerado um componente da mobilidade, quer no âmbito da avaliação inicial de enfermagem de reabilitação, quer no âmbito do planeamento e implementação das intervenções descritas como promotoras da mobilidade e do autocuidado. Perante estes aspetos pode considerar-se que as intervenções de enfermagem de reabilitação que promovem a mobilidade, promovem o autocuidado transferir-se.

No decorrer do estágio II foi possível acompanhar pessoas em situação de dependência associada a processos de transição saúde/doença, associados ao processo de envelhecimento, e em situação de internamento hospitalar. Nestas situações, tal como sugerem os achados desta revisão sistemática da literatura, as intervenções do enfermeiro de reabilitação que promovem a mobilidade, são fundamentais para o desenvolvimento das capacidades motoras e funcionais, bem como para o treino de AVD'S que possibilita a independência no autocuidado.

A revisão da literatura tem fornecido visões gerais sobre diferentes focos da avaliação inicial e intervenções específicas da enfermagem de reabilitação para promover a mobilidade e o movimento. Contudo, parece importante que seja avaliada a eficácia das melhores práticas identificadas, com dados objetivos como a utilização de escalas, de forma a construir mais evidências acerca de quais as intervenções que conduzem à maximização da independência e da funcionalidade da pessoa.

Durante este percurso formativo, surgiram momentos de cansaço, de desânimo, momentos difíceis que exigiram uma gestão criteriosa da energia e do tempo necessários para a atividade profissional, atividade formativa e família. Foi um desafio difícil mas gratificante. Novos desafios surgirão com a oportunidade de continuar o interminável processo de aperfeiçoamento e crescimento profissional, face aos saberes adquiridos, tendo em vista a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de qualidade.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2011) – *Manual de normas de enfermagem- Procedimentos técnicos*. Ministério da Saúde. 2ª Edição revista. Lisboa.
- Basto, Marta L. (2014). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Revista pensar enfermagem*. Escola Superior de enfermagem de Lisboa. Disponível em <http://www.pensarenfermagem.esel.pt/>
- Branco, Teresa; Santos, Rui. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra, Formasau. ISBN: 978-989-8269-09-6
- CIF (2004) - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Organização Mundial da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de Abr., DR nº 74, 1ª série, Cria o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Despacho n.º 7648/2014 - *Alteração ao Regulamento dos Segundos Ciclos de Estudos do Instituto Politécnico de Santarém*. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 111 — 11 de junho de 2014.
- Guyatt G, Rennie D. (2002) - *Users'guides to the medical literature. Essentials of evidence-based clinical practice*. USA:JAMA Press.
- Hesbeen, Walter (2003) – *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-43-6
- Hoeman, Shirley P. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência: ISBN:972-8383-13-4
- International Council of Nurses (2009). *ICN - Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. Jean-Marteau. Geneva. ISBN: 978-92-95065-55-0
- Kneafsey R, (2007) - A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation:examining the quality and content of the evidence. *Journal Of Clinical Nursing [J Clin Nurs]*, ISSN: 1365-2702, Nov; Vol. 16 (11C), pp. 325-40; Publisher: Blackwell Scientific Publications; PMID: 17931325, Base de dados: MEDLINE Complete
[DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02000.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02000.x)

- Kneafsey, Rosie, Clifford, Collette e Greenfield, Sheila (2013) - *What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory study*. International Journal of Nursing Studies 50 (2013) 1617–1629
Base de dados: CINAHL Complete
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.04.007>
- Korpershoek, Corrie, Jaap van der Bijl e Thóra B. Hafsteinsdóttir (2011) – *Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review*. Journal of Advanced Nursing, Sep2011, Vol. 67, Issue 9, p.1876-1894. Blackwell Publishing Ltd
DOI: [10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x)
Base de dados: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive
- Ministério da solidariedade e da segurança social. Instituto nacional para a reabilitação, LP.
Disponível em: <http://www.inr.pt/>
- Meleis, A. I. (2005) - *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3º ed. London: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2010) – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I.; Trangenstein, P. (1994) – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*.
- Meleis, A.I. – *Theoretical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007;
- Meleis, Afaf.(2007).*Theoretical Nursing Developing & Progress*. 4ª Edição. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, Afaf; et al. (2000) - *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. Advances in Nursing Science. Vol. 23, nº 1, (September). ISSN 0161-9268.
- Menoita, E. A., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P., Vieira, C. M. (2012) – *Reabilitar a pessoa idosa com AVC- Contributos para um Envelhecimento Resiliente*. Loures: Lusociência: ISBN: 978-972-8930-78-3
- Ordem dos Enfermeiros (2009) - *Guia de Boa Prática de cuidados de enfermagem à Pessoa com traumatismo Vertebro-medular*. Cadernos OE | série I | número 2
- Ordem dos Enfermeiros (2011) – *Proposta do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Setembro.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2011 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Versão oficial em português. ISBN: 978-92-95099-18-0

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. 22 de Outubro de 2011.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas cuidados à Pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*.
- Parecer Nº 12/2011 – *Parecer sobre atividades de vida diária*. MCEER. Solicitado pelo colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação em assembleia do mesmo, a 18 de setembro de 2010.
- Regulamento N.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “DR, II Série”*. 35 (2011.02.18) 8648-8653
- Regulamento N.º 125/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação DR II Série”*. 35 (2011.02.18) 8658-8659
- Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2005). *Conceito Europeu da Acessibilidade*. Coleção: Cadernos SNR n.º 18, edição portuguesa, Lisboa. ISBN: 972-9301-86-7.
- Tomey, Ann; Halligood, Martha (2004) – *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência: ISBN: 972-8383-74-6

ANEXOS

ANEXO I

PROJETO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA
COM LESÃO NEUROLÓGICA NÃO TRAUMÁTICA.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II e RELATÓRIO
ANO LECTIVO 2013-2014

PROJETO DE ESTÁGIO

**A PESSOA COM ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA
NÃO TRAUMÁTICA
SERVIÇO DE MEDICINA IV - HOMENS
HOSPITAL DE SANTARÉM**

Mestranda:

Sofia Santo

Enfermeira Cooperante:

Enf.^a Reabilitação: Ana Filipa Reis

Docente Orientador:

Mestre Joaquim Simões

Santarém, Março/ Abril de 2014

INDICE

	f.
NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. PLANO DE ATIVIDADES	6
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

ABREVIATURAS e SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CE – Craneo-encefálico

Cf. – Confronte

DGS – Direção Geral da Saúde

En^ª – Enfermeira

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

f. – folha

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

n^º - número

p. – Página

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TAC – Tomografia Axial Computorizada

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, inserido na Unidade Curricular Estágio II e Relatório, foi proposta a realização do presente projeto individual, no contexto de cuidados de reabilitação à pessoa com lesão neurológica não traumática.

Este surge com o intuito de dar a conhecer as atividades projetadas face os objetivos específicos apresentados, de forma a serem adquiridas as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nesta área da prática clínica. Torna-se, assim, importante salientar que o mesmo tem por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (REGULAMENTO Nº 122/2011 de 18 de Fevereiro) assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (REGULAMENTO Nº 125/2011 de 18 de Fevereiro).

O ensino clínico decorrerá no Hospital de Santarém, no serviço de Medicina 4 - Homens. Serão realizados 12 turnos, no período de 4 semanas (17/03/2014 – 11/04/2014), tendo a cooperação da Enfermeira de Reabilitação Ana Filipa Reis. Saliente-se, ainda, que, tratando-se de um serviço de medicina, a causa mais comum de internamento devido a lesão neurológica não traumática é a ocorrência de acidente vascular cerebral, surgindo também casos de demência, nomeadamente, Alzheimer e Parkinson, geralmente como patologia associada ou em situação de agudização, aspetos que estão na origem da escolha deste local de estágio.

O AVC é, a nível mundial, um problema da maior relevância em termos de saúde pública, por constituir a terceira causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos. Em Portugal o seu impacto é ainda maior pois constitui a primeira causa (cf. DGS; 2010). Caracteriza-se, sobretudo, por alterações da capacidade funcional, impondo limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, podendo alterar a dinâmica de vida e sua qualidade, pelo que se torna relevante o papel do enfermeiro de reabilitação na promoção de uma adaptação bem-sucedida a estas alterações (cf. Hoeman, 2011). Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, segundo Menoita (2012), devem ser iniciados no contato inicial com a pessoa com AVC, em meio hospitalar. O planeamento do regresso a casa

deve ser iniciado no acolhimento hospitalar, com o envolvimento de toda a equipa interdisciplinar, da qual faz parte a pessoa com AVC e a sua família. Cada vez mais se torna imprescindível uma atuação numa perspetiva global, que privilegie a promoção da saúde e a prevenção da doença, em conjunto com um rápido diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Neste âmbito, a intervenção de enfermagem de reabilitação visa melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. Um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado, através do treino das AVD que, no contexto da reabilitação se refere “ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia.” (Parecer MCEER nº 12/2011) O treino de AVD é parte integrante dos planos e programas de enfermagem de reabilitação no sentido de proporcionar á pessoa a possibilidade de adquirir o máximo de funcionalidade possível após um acidente ou doença, destacando a importância destes aspetos em relação á pessoa com AVC, área que constitui o âmago deste contexto de estágio.

Assim, a elaboração deste projeto tem por base os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica não traumática.
- Definir atividades que permitam o desenvolvimento dessas competências;
- Servir de instrumento orientador e de análise para a elaboração do relatório final do estágio.

Este projeto de estágio assenta nesta nota introdutória, à qual se segue o plano de cuidados, cujas atividades são definidas de acordo com os objetivos identificados para o contexto de ensino clínico que, por sua vez estão de acordo com as competências apresentadas, fazendo também referencia aos intervenientes envolvidos na sua concretização, bem como ao período de tempo em que serão realizadas. Termina com a apresentação das considerações finais.

1. PLANO DE ATIVIDADES

No quadro que se segue estão incluídas as atividades relacionadas com os objetivos específicos delineados, de forma a adquirir as competências inerentes aos cuidados de Enfermagem Reabilitação a pessoa/ família com lesão neurológica não traumática.

Saliente-se, ainda, que o plano de atividades poderá vir a sofrer alguns ajustes, na medida em que possui um caráter flexível.

Competência	Objetivo	Atividades	Intervenientes	Data
<p>Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação</p> <p>-Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>-Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>-Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>Competências comuns do</p>	<p>Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação á pessoa com lesão neurológica não traumática (AVC) família/ cuidadores, de acordo com o modelo teórico de Nancy Roper.</p>	<p>Realização e atualização da colheita de dados à pessoa/família /cuidador, direcionados aos cuidados de enfermagem de reabilitação (condições habitacionais/barreiras arquitetónicas, envolvimento social, contexto familiar e profissional, condições económicas, capacidades funcionais prévias ao internamento e após a doença, nível de conhecimento da doença)</p> <p>Realização da avaliação inicial direcionada para os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação á pessoa/ família e consulta do processo clinico, dando ênfase a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes pessoais de saúde relevantes para o processo de reabilitação (alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, da eliminação); - Exames complementares de diagnóstico (TAC CE, ou outros considerados pertinentes); - Avaliação Neurológica e funcional mobilizando as escalas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) ✓ Dor (escala numérica) ✓ Escala de Braden (Risco de ulcera de pressão) 	<p>Enfermeiro Cooperante;</p> <p>Mestranda;</p> <p>Pessoa com alteração neurológica não traumática e sua família/ cuidadores.</p>	<p>No decorrer do Ensino Clínico.</p>

<p>enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:</u></p> <p>-Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>-Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <p>-Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Índice de Barthel (Desempenho das atividades de vida diárias) ✓ Escala de Lower (força muscular) ✓ Escala modificada de Ashworth (tónus muscular/espasticidade) ✓ Escala de Berg (Equilíbrio) <p>- Identificação das necessidades da pessoa.</p> <p>Planeamento dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação a prestar, em cooperação com a pessoa com lesão neurológica não traumática e/ ou cuidador;</p> <p>Execução do plano de reabilitação delineado com vista a otimizar ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cardiorrespiratório e da eliminação:</p> <p>-Ensino e Treino de:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Estimulação proprioceptiva (estimulação palmar e plantar com objetos com diferentes texturas, andar descalço); *Exercícios de reeducação dos músculos da face (massagem facial, elevação palpebral, franzir nariz, pressionar os lábios contra os dentes, encerrar os lábios, fazer “bochecha”); * Estratégias compensatórias da deglutição, (através do ensino 		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<p>das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>-Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>-Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>		<p>e treino de exercícios para resistência muscular, exercícios de controlo do bolo alimentar, exercícios de proteção das vias aéreas, exercícios de mobilidade laríngea, manobras posturais)</p> <p>*Estratégias de reeducação da linguagem (estabelecimento de código de comunicação e método de comunicação alternativo, uso de palavras simples, uso de palavras associadas, falar pausadamente);</p> <p>*Exercícios de reeducação funcional respiratória (dissociação dos tempos respiratórios, tonificação diafragmática posterior, aberturas costais globais/ seletivas);</p> <p>*Mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas dos segmentos articulares, conforme a tolerância da pessoa;</p> <p>*Exercícios de contração muscular e mobilização articular, incentivando a auto – mobilização;</p> <p>*Atividades terapêuticas como rolar no leito, ponte, rotação controlada da articulação coxofemoral, carga no cotovelo e facilitação cruzada;</p> <p>*Posicionamentos no leito em padrão anti - espástico (nos diferentes decúbitos);</p>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>*Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado e de pé.</p> <p>*Técnica de transferência cama/ cadeira/ cama pelo lado lesado/ não lesado de acordo com a potencialidade da pessoa com AVC/ cuidadores;</p> <p>*Incentivo ao desempenho das AVD promovendo o autocuidado nas ABVD higiene pessoal, vestuário, alimentação, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, locomoção e transferência, com utilização de produtos de apoio, se necessário;</p> <p>*Treino de Marcha, com utilização de produtos de apoio se necessário;</p> <p>* Treino de hábitos de eliminação vesical e intestinal</p> <p>Avaliação dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados em conjunto com a pessoa/ cuidador, reajustando se necessário;</p> <p>Preparação do regresso a casa através do reforço e reavaliação dos ensinamentos realizados de forma a capacitar a pessoa/ cuidador para o autocuidado:</p> <p>*Avaliação dos conhecimentos e necessidades de ensino, sobre cuidados à pessoa com AVC, no domicílio, nomeadamente</p>		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>controlo de fatores de risco.</p> <p>*Avaliação das condições habitacionais da pessoa (acessibilidades, barreiras arquitetónicas), bem com a necessidade de produtos de apoio específicos, facilitadores do processo de reintegração no domicílio;</p> <p>* Ensino e treino sobre técnicas específicas para a realização dos autocuidados: higiene pessoal, vestuário, alimentação e controlo da eliminação e transferência.</p> <p>*Abordagem da temática da sexualidade mediante o interesse da pessoa.</p> <p>Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados no processo clínico do utente (SAPE).</p>		
Competência	Objetivo	Atividades	Intervenientes	Data
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio das aprendizagens</u></p>	<p>Aprofundar conhecimentos técnico-científicos relativos aos cuidados de</p>	<p>Pesquisa bibliográfica com o intuito de aprofundar e mobilizar os conhecimentos adquiridos no ensino teórico, através de pesquisa eletrónica de artigos científicos, revisão sistemática da literatura e consulta de livros técnicos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anatomia e Fisiologia do sistema nervoso central (pares cranianos); 	<p>Enfermeiro Cooperante;</p> <p>Mestranda.</p>	<p>No decorrer do ensino clínico.</p>

<p><u>profissionais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; -Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. 	<p>Enfermagem de Reabilitação perante a pessoa com Lesão Neurológica não Traumática (AVC, Parkinson, Alzheimer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patologias mais frequentes (AVC, Parkinson, Alzheimer); -Intervenção do enfermeiro especialista em cuidados de reabilitação nesta área de intervenção. -Esclarecimento de dúvidas acerca da situação clínica da pessoa com alteração neurológica não traumática, com a equipa interdisciplinar; -Partilha de experiencias e conhecimentos com a Enfermeira Cooperante; -Reflexão crítica acerca do desempenho na prestação de cuidados de enfermagem especializados de reabilitação à pessoa com alteração neurológica não traumática. 		
Competência	Objetivos	Atividades	Intervenientes	Data
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Concebe, gera e colabora 	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na gestão dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, 	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração nas tomadas de decisão relativas ao processo terapêutico da pessoa com lesão neurológica não traumática, no que se refere à especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação; - Partilha dos conhecimentos adquiridos relativos aos ganhos em saúde obtidos com os cuidados de enfermagem de reabilitação 	<p>Enfermeiro Cooperante;</p> <p>Mestranda;</p>	<p>No decorrer do ensino clínico</p>

<p>em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>-Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><u>Competências do domínio da gestão dos cuidados:</u></p> <p>-Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>-Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p>	<p>promovendo a melhoria da qualidade dos mesmos.</p> <p>- Participar no plano de formação em serviço.</p>	<p>prestados, com a equipa interdisciplinar.</p> <p>- Colaboração com o projeto do serviço relacionado com “Preparação do Regresso a casa da Pessoa com AVC e seu cuidador”</p> <p>- Colaboração na formação em serviço com a realização de uma ação de formação sobre “ Posicionamento da pessoa com AVC – Padrão anti-espástico”</p>		
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

2- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão da prática profissional e do saber científico, visando a excelência do cuidar, surgem da consciência de que estes são imprescindíveis e devem ser desenvolvidos de forma contínua, sistemática, atualizada e autônoma, permitindo fundamentar as nossas decisões e atividades.

Este projeto de estágio surge como um guia orientador para o cumprimento das atividades planejadas de acordo com os objetivos definidos, visando em simultâneo dar-lhes visibilidade. A sua elaboração teve ainda em conta as expectativas e necessidades individuais para que as atividades desenvolvidas contribuam para o enriquecimento do percurso formativo e para o desenvolvimento das competências de enfermagem de reabilitação perante a pessoa com alteração neurológica não traumática, mais especificamente, perante a pessoa com AVC, tendo por base a sua especificidade e necessidades especiais.

A valorização da aprendizagem, do empenho, da dedicação e motivação são indispensáveis, não apenas para o desenvolvimento de competências na área de intervenção do enfermeiro de reabilitação, face à pessoa/família com alteração neurológica não traumática, como também são a forma de contribuir para a reeducação da capacidade funcional, através da estimulação sensorial e motora e do treino das AVD, limitando o impacto das incapacidades instaladas e maximizando o potencial da pessoa, visando a sua máxima independência e qualidade de vida.

Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (REGULAMENTO N° 122/2011) assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (REGULAMENTO N° 125/2011), espera-se que tais competências sejam adquiridas aquando o término do ensino clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção-Geral da Saúde (2010) – *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*.
Lisboa. Lidel - Edições técnicas: ISBN: 978-972-757-661-6

Hoeman, Shirley P. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo*.
Loures: Lusociência: ISBN:972-8383-13-4

MENOITA, E. A., SOUSA, L. M., ALVO, I. B. P., VIEIRA, C. M. (2012) – *Reabilitar a pessoa idosa com AVC- Contributos para um Envelhecimento Resiliente*.
Lusociência: ISBN:978-972-8930-78-3

PERECER N.º 12/2011 – *Parecer sobre atividades de vida diária*. MCEER. Solicitado pelo colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação em assembleia do mesmo, a 18 de setembro de 2010.

REGULAMENTO N.º 122/2011. - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “DR, II Série”*. 35 (2011.02.18) 8648-8653

REGULAMENTO N.º 125/2011. - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. DR II Série”. 35 (2011.02.18) 8658-8659

ANEXO II

POSICIONAMENTO DA PESSOA COM AVC – PADRÃO ANTI-ESPÁSTICO



“Posicionamento da pessoa com AVC – Padrão anti-espástico”



Sofia Santo – Estudante 4º CMER
Ana Filipa Reis – Enfermeira Cooperante

Serviço de Medicina IV – Homens
Abril de 2014

“Posicionamento da pessoa com AVC Padrão anti-espástico”

Objetivos:

- Sensibilizar para a importância do posicionamento em padrão anti-espástico;
- Treinar o posicionamento em padrão anti-espástico, nos diferentes decúbitos.

“Posicionamento da pessoa com AVC - Padrão anti-espástico”

Padrão espástico:

Cabeça e pescoço:

- Rotação para o lado sã
- Inclinação para o lado afetado

Membro superior:

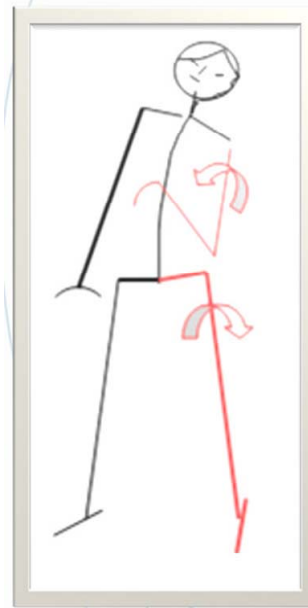
- Retração e depressão da escapulo-umeral
- Contração dos flexores laterais do tronco do lado afetado
- Rotação interna do braço
- Flexão com pronação do cotovelo e punho
- Mão em desvio cubital
- Dedos em flexão e adução

Bacia:

- Bâscula anterior

Membro inferior:

- Rotação externa coxo-femural
- Extensão da coxo-femural e joelho
- Inversão tíbio-társica
- Dorsi-flexão do pé

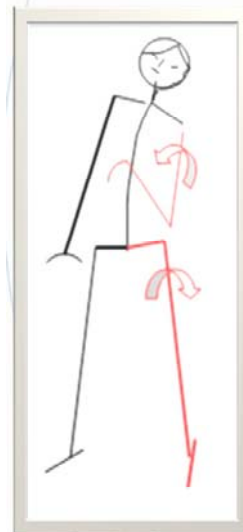


“Posicionamento da pessoa com AVC Padrão anti-espástico”

Postura espástica à esquerda

O posicionamento em padrão anti-espástico consiste:

Posicionamento em oposição direta ao
padrão de desenvolvimento de
espasticidade.



“Posicionamento da pessoa com AVC
Padrão anti-espástico”

Objetivos:

- ✓ Prevenir a ocorrência / exacerbação da espasticidade;
- ✓ Proporcionar conforto e bem-estar;
- ✓ Prevenir alterações músculo-esqueléticas;
- ✓ Manter a integridade cutânea e dos tecidos adjacentes;
- ✓ Alternar os campos visuais;
- ✓ Integrar o esquema corporal;
- ✓ Regular o tônus muscular.

“Posicionamento da pessoa com AVC
Padrão anti-espástico”

É fundamental promover a alternância de decúbitos, sempre em padrão anti-espástico, pois facilita a integração do esquema corporal e da lateralidade.

(cf. Menoita; 2012)

“Posicionamento da pessoa com AVC
Padrão anti-espástico”

Decúbitos:

- Decúbito dorsal (menos recomendado)
- Decúbito lateral sobre o lado são
- Decúbito lateral sobre o lado afetado
- Sentado

“Posicionamento da pessoa com AVC
Padrão anti-espástico”

Decúbito Dorsal

O decúbito dorsal é o que mais favorece a espasticidade

(Johnstone;1987, citada por MENOITA; 2012)

Recorrendo-se habitualmente este posicionamento para a alimentação da pessoa

“Posicionamento da pessoa com AVC - Padrão anti-espástico”

Decúbito Dorsal



Cabeça/Pescoço:

- Colocar almofada de modo a alcançar as omoplatas;

Membro superior afetado:

- Nivelar bem os ombros;
- Almofada a apoiar todo o membro
- Ligeira abdução do ombro com rotação externa;
- Cotovelo e punho em extensão;
- Supinação do antebraço;
- Dedos em extensão e abdução

“Posicionamento da pessoa com AVC – Padrão anti-espástico”

Decúbito Dorsal



Membro inferior afetado:

- Almofada desde a bacia até a região popliteia, permite a inclinação posterior da bacia
- Ligeira flexão coxo-femural e do joelho, corrige a rotação externa
- Pé em dorsiflexão

Nada deve ser colocado em contacto com a região plantar e face posterior da perna, pois estimulam o espasmo em extensão

“Posicionamento da pessoa com AVC - Padrão anti-espástico”

Decúbito Lateral para o lado são



Cabeça/Pescoço:

- Sem almofada ou com uma baixa para contrariar a inclinação lateral da cabeça;

Membro superior afetado:

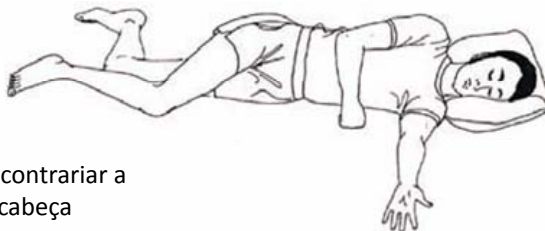
- Membro apoiado em almofada
- Ombro em flexão a 90 graus
- Cotovelo, punho e dedos em extensão
- Antebraço em pronação
- Dedos em abdução

Membro inferior afetado:

- Membro apoiado em almofada
- Ligeira flexão coxa-femural e do joelho
- Báscula posterior da bacia
- Pé neutro

“Posicionamento da pessoa com AVC - Padrão anti-espástico”

Decúbito Lateral para o lado afetado



Cabeça/Pescoço:

- Almofada alta para contrariar a inclinação lateral da cabeça

Membro superior afetado:

- Membro apoiado no plano da cama
- Ombro em flexão a 90 graus
- Abdução com rotação externa do ombro
- Cotovelo, punho e dedos em extensão
- Antebraço em supinação
- Dedos em abdução

Membro inferior afetado:

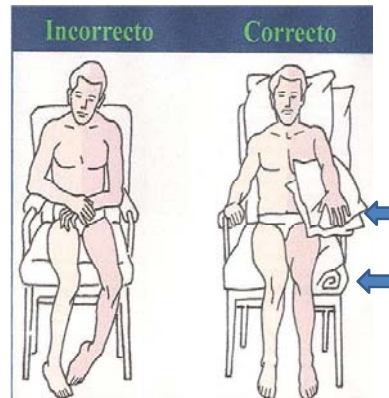
- Membro apoiado no plano da cama
- Ligeira flexão coxa-femural e do joelho
- Báscula posterior da bacia
- Pé neutro

“Posicionamento da pessoa com AVC - Padrão anti-espástico”

Levante e transferência:

O **levante** e a **transferência** da pessoa poderão ser feitos:

- Pelo lado afetado para aumentar a estimulação sensorial e incentivar a mobilização;
- Pelo lado são para facilitar a colaboração da pessoa.



“Posicionamento da pessoa com AVC - Padrão anti-espástico”

“Há uma idade na vida em que os anos passam demasiado depressa e os dias são uma eternidade”

Virginia Wolf

“a reabilitação presta, assim, grandes serviços à vida; é sua missão dar mais vida ao tempo que passa.”

Hesbeen



Muito Obrigada!

ANEXO III

PROJETO DE ESTÁGIO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA
COM LESÃO NEUROLÓGICA TRAUMÁTICA.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II e RELATÓRIO
ANO LECTIVO 2013-2014

PROJETO DE ESTÁGIO

**A PESSOA COM ALTERAÇÃO
NEUROLÓGICA TRAUMÁTICA
SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA
HOSPITAL EGAS MONIZ**

Mestranda:

Sofia Santo

Enfermeira Cooperante:

Enf.^a Reabilitação: Elisabete Costa

Docente Orientador:

Mestre José Lourenço

Santarém, Maio de 2014

INDICE

	f.
NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. PLANO DE ATIVIDADES	6
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

ABREVIATURAS e SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

Cf. – Confronte

CPLER – Curso Pós-Licenciatura Especialização Enfermagem de Reabilitação

En^ª – Enfermeira

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

f. – folha

HSA – Hematoma Sub-aracnoideu

HSD – Hematoma Sub-dural

LM – Lesão Medular

n^º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

RX – Raio X

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TVM – Traumatismo Vertebro Medular

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, inseri na Unidade Curricular Estágio II e Relatório, foi proposta a realização do presente projeto individual, no contexto de cuidados de reabilitação à pessoa com lesão neurológica traumática.

Este surge com o intuito de dar a conhecer as atividades projetadas face aos objetivos específicos apresentados, de forma a serem adquiridas as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nesta área da prática clínica. Torna-se, assim, importante salientar que o mesmo tem por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (REGULAMENTO Nº 122/2011 de 18 de Fevereiro) assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (REGULAMENTO Nº 125/2011 de 18 de Fevereiro).

O ensino clínico decorrerá no Hospital Egas Moniz, no serviço de Neurotraumatologia. Serão realizados 12 turnos, no período de 4 semanas (28/04/2014 – 23/05/2014), tendo a cooperação da Enfermeira de Reabilitação Elisabete Costa.

A ICCP (*International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis*), em 2005, considera a LM como uma epidemia global, estimando que cada ano mais de 130 000 pessoas no mundo ocidental e desenvolvido, sobrevivam a um trauma medular e iniciem uma «nova e diferente forma de viver» condicionadas a uma cadeira de rodas por 40 ou mais anos. (cf. OE, 2009)

A lesão vertebro-medular traumática é umas das patologias mais dramáticas que podem afetar uma pessoa. Esta ocorre quando forças energéticas externas atingem o corpo causando alterações, estruturais ou fisiológicas, da coluna vertebral e espinal medula. Estas alterações são maioritariamente decorrentes de acidentes de viação, no entanto podem também decorrer de quedas, acidentes de trabalho, acidentes relacionados com a prática desportiva, acidentes por armas de fogo, entre outros. (cf. OE, 2009)

Estima-se que a maioria de casos ocorre em jovens adultos, entre os 16 e os 30 anos, os quais se veem confrontados com profundas alterações da imagem corporal e da

auto estima, associadas a significativas e eminentes mudanças no que respeita a planos para o futuro e participação na vida familiar e social. Estes aspetos implicam um longo e difícil processo de ajustamento à vida a nível das atitudes, dos sentimentos, percepção, convicções, papéis e objetivos, muitos dos quais poderão ser agora inatingíveis. Neste contexto, a intervenção da enfermagem de reabilitação assume primordial importância no que se refere à prevenção de complicações, muitas das quais decorrem da imobilidade, promoção do auto cuidado, reeducação funcional e reinserção social destas pessoas. Estas considerações estão na base da escolha deste local para a realização deste estágio, tratando-se de um serviço de internamento de neurotraumatologia, permite o acompanhamento da pessoa com alteração neurológica traumática desde a fase aguda, de forma a melhor perceber a importância das intervenções de enfermagem de reabilitação e da sua precocidade para a recuperação e maximização do potencial funcional destes doentes.

O serviço em causa segue o modelo concetual das 14 necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson que considera que os cuidados têm como finalidade o restabelecimento da independência da pessoa para que ela possa responder às suas necessidades. Para Henderson, a função da enfermagem é ajudar o paciente no desempenho das suas atividades e enfatiza que a enfermagem deve ajudar o paciente a conquistar a sua independência o mais rápido possível, auxiliando na sua saúde, recuperação ou morte serena, que seria desempenhada por si próprio se tivesse a força ou o conhecimento necessário para tal.

Assim, a elaboração deste projeto tem por base os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica traumática.
- Definir atividades que permitam o desenvolvimento dessas competências;
- Servir de instrumento orientador e de análise para a elaboração do relatório final do estágio.

Este projeto de estágio assenta nesta nota introdutória, à qual se segue o plano de cuidados, cujas atividades são definidas de acordo com os objetivos identificados para este contexto de ensino clínico que, por sua vez estão de acordo com as competências apresentadas, fazendo também referencia aos intervenientes envolvidos na sua concretização, bem como ao período de tempo em que serão realizadas. Termina com a apresentação das considerações finais.

2. PLANO DE ATIVIDADES

No quadro que se segue estão incluídas as atividades relacionadas com os objetivos específicos delineados, de forma a adquirir as competências inerentes aos cuidados de Enfermagem Reabilitação a pessoa/ família com lesão neurológica não traumática.

Saliente-se, ainda, que o plano de atividades poderá vir a sofrer alguns ajustes, na medida em que possui um caráter flexível.

Competência	Objetivo	Atividades	Intervenientes	Data
<p>Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação</p> <p>-Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>-Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>-Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação á pessoa / cuidador com lesão neurológica traumática, nomeadamente TVM, de acordo com o modelo teórico de Virgínia Henderson</p>	<p>Realização e atualização da colheita de dados à pessoa/família /cuidador, direcionados aos cuidados de enfermagem de reabilitação (condições habitacionais/barreiras arquitetónicas, envolvimento social, contexto familiar e profissional, condições económicas, capacidades funcionais prévias ao internamento e após a doença, nível de conhecimento da doença)</p> <p>Realização da avaliação inicial direcionada para os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação á pessoa/ família e consulta do processo clínico, dando ênfase a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes pessoais de saúde relevantes para o processo de reabilitação (alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, da eliminação); - Exames complementares de diagnóstico (TAC, RX, ou outros considerados pertinentes); - Avaliação Neurológica e funcional mobilizando as escalas: Escala de classificação neurológica <i>Standard</i> de lesões medulares da ASIA; Escala de Braden (Risco de ulcera de pressão); Índice de Barthel (Desempenho das atividades de vida 	<p>Enfermeiro Cooperante;</p> <p>Mestranda;</p> <p>Pessoa com alteração neurológica traumática e sua família/ cuidadores.</p>	<p>No decorrer do Ensino Clínico.</p>

<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; -Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Desempenha um papel dinamizador no 		<p>diária); Escala de Lower (força muscular); Escala de Berg (Equilíbrio) ou outras consideradas pertinentes para avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD.</p> <p>Planeamento dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação a prestar, de acordo com avaliação inicial efetuada, atendendo à especificidade da pessoa (necessidades e potencial de reabilitação).</p> <p>Execução do plano de reabilitação delineado, com vista a otimizar ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade:</p> <p>-Ensino e Treino de:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Exercícios de reeducação funcional respiratória (dissociação dos tempos respiratórios, tonificação diafragmática, aberturas costais globais/ seletivas, se lesão cervical não exceder os 90 graus de abdução e flexão do ombro); *Mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas dos segmentos articulares, conforme a tolerância da pessoa (sem exceder os 90 graus de abdução do ombro (lesão cervical) e da articulação coxo-femural (se lesão a nível lombar); *Posicionamentos: Plano inclinado, alternância de decúbitos 		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<p>desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>-Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>-Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>		<p>*Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado, com os pés apoiados no chão ou num banco de apoio (exercício do avião e push-up em cadeira de rodas e exercícios de flexão do tronco com ou sem superfície de apoio;</p> <p>* Treino de equilíbrio de pé (utilização do standing frame se necessário)</p> <p>*Técnica de transferência cama/ cadeira (com ou sem tábua de transferência), cadeira/ sanita, cadeira de rodas/ carro, de acordo com a potencialidade da pessoa;</p> <p>*Avaliação do reflexo de deglutição, tolerância de alimentos e presença de ruídos intestinais, para implementação de dieta progressiva (de líquida até alimentos sólidos), tendo em consideração os hábitos da pessoa, respeitando-os e se necessário ajudar a alterá-los;</p> <p>*Ensino e treino de estratégias compensatórias de deglutição (deglutição supraglótica, “double swallow”.</p> <p>*Incentivo á autonomia na ABVD alimentação, providenciando dispositivos de apoio se necessário;</p> <p>*Incentivo ao desempenho das ABVD promovendo o autocuidado nas atividades higiene pessoal, vestuário,</p>		
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>alimentação, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários e locomoção, com utilização de produtos de apoio, se necessário;</p> <p>*Treino de Marcha, com utilização de produtos de apoio se necessário;</p> <p>* Treino/ treino de hábitos de eliminação vesical - técnica de auto esvaziamento e de desencadeamento da micção (manobra de valsava e percussão da região supra púbica), o planeamento do treino é efetuado em colaboração com a fisiatra;</p> <p>* Treino de hábitos de eliminação intestinal – massagem abdominal suave no sentido dos ponteiros do relógio, posicionamento em decúbito lateral esquerdo, avaliação da presença de fecalomas na ampola retal, administração de terapêutica que desencadeia o reflexo da defecação.</p> <p>Avaliação dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados em conjunto com a pessoa/ cuidador, reajustando se necessário;</p> <p>Preparação do regresso a casa através do reforço e reavaliação dos ensinamentos realizados de forma a capacitar a pessoa/ cuidador para o auto cuidado:</p>		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>*Avaliação dos conhecimentos e necessidades de ensino, sobre cuidados à pessoa com alteração neurológica traumática, no domicílio.</p> <p>*Avaliação das condições habitacionais da pessoa (acessibilidades, barreiras arquitetónicas), bem com a necessidade de produtos de apoio específicos, facilitadores do processo de reintegração no domicílio;</p> <p>* Orientação da pessoa/família para a eliminação de possíveis barreiras arquitetónicas no seu contexto social e habitacional;</p> <p>* Incentivo á promoção de oportunidades de trabalho e lazer;</p> <p>* Ensino e treino sobre técnicas específicas para a realização dos autocuidados: higiene pessoal, vestuário, alimentação e controlo eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários;</p> <p>* Ensino e treino sobre ortoses (colar cervical, jewett, lombostato).</p> <p>*Abordagem da temática da sexualidade mediante o interesse da pessoa.</p> <p>Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados no processo clínico do utente (SAPE).</p>		
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Competência	Objetivo	Atividades	Intervenientes	Data
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio das aprendizagens profissionais:</u></p> <p>-Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;</p> <p>-Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<p>Aprofundar conhecimentos técnico-científicos relativos aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação perante a pessoa com Lesão Neurológica Traumática (LVM, TCE)</p>	<p>Pesquisa bibliográfica com o intuito de aprofundar e mobilizar os conhecimentos adquiridos no ensino teórico, através de pesquisa eletrónica de artigos científicos, revisão sistemática da literatura e consulta de livros técnicos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anatomia e Fisiologia (pares cranianos, coluna vertebral, níveis medulares, SNC); - Patologias mais frequentes (HSD,HSA); -Intervenção do enfermeiro especialista em cuidados de reabilitação nesta área de intervenção. -Esclarecimento de dúvidas acerca da situação clínica da pessoa com alteração neurológica traumática, com a equipa interdisciplinar; -Partilha de experiencias e conhecimentos com a Enfermeira Cooperante; -Reflexão crítica acerca do desempenho na prestação de cuidados de enfermagem especializados de reabilitação à pessoa com alteração neurológica traumática. 	<p>Enfermeiro Cooperante;</p> <p>Mestranda.</p>	<p>No decorrer do ensino clínico.</p>

Competência	Objetivos	Atividades	Intervenientes	Data
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <p>-Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>-Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><u>Competências do domínio da gestão dos cuidados:</u></p> <p>-Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a</p>	<p>- Colaborar na gestão dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, promovendo a melhoria da qualidade dos mesmos.</p> <p>- Participar no plano de formação em serviço.</p>	<p>- Colaboração nas tomadas de decisão relativas ao processo terapêutico da pessoa com lesão neurológica traumática, no que se refere à especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> <p>- Partilha dos conhecimentos adquiridos relativos aos ganhos em saúde obtidos com os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, com a equipa interdisciplinar.</p> <p>- Colaboração na elaboração do folheto informativo destinado à pessoa com lesão vertebro medular com necessidade de ortótese</p> <p>- Jewett, (já iniciado pela Enf.^a Maria Castelo, 4º CPLEER).</p>	<p>Enfermeiro Cooperante;</p> <p>Mestranda;</p>	<p>No decorrer do ensino clínico</p>

articulação na equipa multiprofissional; -Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.				
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão da prática profissional e do saber científico, visando a excelência do cuidar, surgem da consciência de que estes são imprescindíveis e devem ser desenvolvidos de forma contínua, sistemática, atualizada e autónoma, permitindo fundamentar as nossas decisões e atividades.

Este projeto de estágio surge como um guia orientador para o cumprimento das atividades planeadas de acordo com os objetivos definidos, visando em simultâneo dar-lhes visibilidade. A sua elaboração teve ainda em conta as expectativas e necessidades individuais para que as atividades desenvolvidas contribuam para o enriquecimento do percurso formativo e para o desenvolvimento das competências de enfermagem de reabilitação perante a pessoa com alteração neurológica traumática, mais especificamente, perante a pessoa com LVM, tendo por base a sua especificidade e necessidades especiais.

A valorização da aprendizagem, do empenho, da dedicação e motivação são indispensáveis, não apenas para o desenvolvimento de competências na área de intervenção do enfermeiro de reabilitação, face á pessoa/família com alteração neurológica traumática, como também são a forma de contribuir para a reeducação da capacidade funcional, maximizando o potencial da pessoa, através do treino das AVD, ajudando estas pessoas a reaprender a viver enfrentando as profundas alterações da imagem corporal e da autoestima, associadas a significativas mudanças no que respeita aos planos para o futuro e participação na vida familiar e social.

Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (REGULAMENTO Nº 122/2011) assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (REGULAMENTO Nº 125/2011), espera-se que tais competências sejam adquiridas aquando o término do ensino clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hoeman, Shirley P. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo*.
Loures: Lusociência: ISBN:972-8383-13-4

Ordem dos Enfermeiros (2009) - *Guia de Boa Prática de cuidados de enfermagem à Pessoa com traumatismo Vertebro-medular*. Cadernos OE | série I | número 2

REGULAMENTO N.º 122/2011. - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “DR, II Série”*. 35 (2011.02.18) 8648-8653

REGULAMENTO N.º 125/2011. - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. DR II Série”. 35 (2011.02.18) 8658-8659

ANEXO IV
FOLHETO INFORMATIVO – JEWETT

ANEXO V

PROJETO DE ESTÁGIO NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
Á PESSOA/FAMÍLIA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II e RELATÓRIO
ANO LECTIVO 2013-2014

PROJETO DE ESTÁGIO

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa/Família em contexto Comunitário

Mestranda:

Sofia Santo

Enfermeira Cooperante:

Enf.^a Reabilitação: Betina Mendes

Docente Orientador:

Mestre Joaquim Simões

Santarém, Junho de 2014

INDICE

	f.
NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. PLANO DE ATIVIDADES	6
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

ABREVIATURAS e SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ACES- Agrupamentos de centros de Saúde

AEEASG - Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

Cf. – Confronte

DM – Diabetes Mellitus

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Enf^ª – Enfermeira

f. – folha

HTA – Hipertensão Arterial

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

n^º - número

p. – Página

SAPE – Sistema de Apoio á Prática de Enfermagem

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, inserido na Unidade Curricular Estágio II e Relatório, foi proposta a realização do presente projeto individual, no âmbito da especificidade de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/ família em contexto domiciliário e na comunidade.

Este surge com o intuito de dar a conhecer as atividades projetadas face os objetivos específicos apresentados, de forma a serem adquiridas as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nesta área de intervenção. Torna-se, assim, importante salientar que o mesmo tem por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (REGULAMENTO Nº 122/2011 de 18 de Fevereiro) assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (REGULAMENTO Nº 125/2011 de 18 de Fevereiro).

O ensino clínico decorrerá na Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo, integrada no ACES Lezíria. Serão realizados 15 turnos, no período de 5 semanas (02/06/2014 – 04/07/2014), tendo a cooperação da Enfermeira de Reabilitação Betina Mendes.

De acordo com os Censos 2011, Portugal apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. (cf. Plano de ação do AEEASG; 2012)

A questão da longevidade, bem como as alterações socioeconómicas e políticas que dela advêm, é uma questão que se impõe a toda a sociedade, exigindo especial atenção por parte dos profissionais de saúde. O progresso tecnológico e científico direcionado aos problemas de saúde tem vindo a desenvolver-se no sentido de encontrar formas de tratar ou atenuar o impacto das doenças, prolongando a vida.

Associado a esta tendência mundial de longevidade e envelhecimento, surge na década de 90 o paradigma do envelhecimento ativo “entendido como processo de cidadania plena, em que se otimizam oportunidades de participação, segurança e uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo”. (Plano de ação do

AEEASG; p.3;2012) Apesar dos benefícios inerentes á adoção das boas práticas relacionadas com este paradigma, esta está sujeita a diversos condicionantes, tais como: o posicionamento no ciclo vital ou o estado de saúde. (cf. Cabral; 2013)

O envelhecimento associado á cronicidade das doenças, o agravamento das condições económicas das famílias que condiciona a possibilidade de institucionalização da pessoa até recuperar a sua máxima autonomia, são fatores que exigem uma grande capacidade de resposta por parte dos profissionais de saúde no contexto da comunidade, nomeadamente, dos enfermeiros de reabilitação enquanto elementos das ECCI.

Ciente da importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação no contexto comunitário/domiciliário, com o intuito de maximizar as capacidades da pessoa para readaptar-se ao ambiente, mas também, através da adaptação do ambiente á pessoa. Motivada pela possibilidade de melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação de dependência ou perda da autonomia, maximizando a sua independência, não apenas nas ABVD, como também avaliando a sua capacidade para a realização das AIVD, ajudando-a a readaptar-se ao seu próprio meio e retomando, tanto quanto possível, a sua vida normal. Além destes aspetos que estão na origem da escolha do contexto da comunidade para desenvolver este estágio, inclui ainda o interesse em conhecer, vivenciando, as atividades desenvolvidas pelas ECCI no apoio á pessoa/ família, tendo em conta a diversidade de necessidades condicionadas pela situação de saúde.

Assim, a elaboração deste projeto tem por base os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem reabilitação à pessoa/família em situação de dependência ou com perda da autonomia, em contexto comunitário.
- Definir atividades que permitam o desenvolvimento dessas competências;
- Servir de instrumento orientador e de análise para a elaboração do relatório final do estágio.

Este projeto de estágio assenta nesta nota introdutória, à qual se segue o plano de cuidados, cujas atividades são definidas de acordo com os objetivos identificados para o contexto de ensino clínico que, por sua vez estão de acordo com as competências apresentadas, fazendo também referencia aos intervenientes envolvidos na sua concretização, bem como ao período de tempo em que serão realizadas. Termina com a apresentação das considerações finais.

3- PLANO DE ATIVIDADES

No quadro que se segue estão incluídas as atividades relacionadas com os objetivos específicos delineados, de forma a adquirir as competências inerentes aos cuidados de Enfermagem Reabilitação a pessoa/ família em situação de dependência ou com perda da autonomia, em contexto comunitário.

Saliente-se, ainda, que o plano de atividades poderá vir a sofrer alguns ajustes, na medida em que possui um caráter flexível.

Competência	Objetivo	Atividades	Intervenientes	Data
<p>Regulamento nº 122/2011 (A1, A2)</p> <p>Regulamento nº 125/2011 (J1,J2,J3)</p>	<p>Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, no âmbito da reabilitação funcional motora á pessoa em situação de dependência ou com perda da autonomia, em contexto comunitário.</p>	<p>Realização e atualização da colheita de dados à pessoa/família /cuidador, direcionados aos cuidados de enfermagem de reabilitação (condições habitacionais/barreiras arquitetónicas, envolvimento social, contexto familiar e profissional, condições económicas, capacidades funcionais)</p> <p>Identificação do cuidador principal e integrando-o no planeamento e execução das atividades inerentes ao processo de reabilitação;</p> <p>Realização da avaliação inicial direcionada para os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação á pessoa/ família, dando ênfase a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes pessoais de saúde relevantes para o processo de reabilitação (alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, da eliminação e da sexualidade), através da entrevista informal com a pessoa/ cuidador, consulta do processo clínico e avaliação objetiva mobilizando as escalas: ✓ Escala de Braden (Risco de ulcera de pressão) ✓ Índice de Barthel (Desempenho das atividades de vida diárias) ✓ Escala de Lower (força muscular) 	<p>Enfermeiro Cooperante;</p> <p>Mestranda;</p> <p>Pessoa/ cuidador.</p>	<p>No decorrer do Ensino Clínico.</p>

		<p>✓ Escala de Berg (Equilíbrio)</p> <p>✓ Escala NIHSS</p> <p>- Identificação das necessidades específicas da pessoa/ cuidador.</p> <p>Planeamento dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação a prestar, em cooperação com a pessoa / cuidador;</p> <p>Execução do plano de reabilitação delineado através da demonstração, ensino e treino de:</p> <p>*Mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas dos segmentos articulares, conforme a tolerância da pessoa;</p> <p>*Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado e de pé.</p> <p>*Técnica de transferência cama/ cadeira/ cama de acordo com as capacidades da pessoa, condições habitacionais, mecanismos de apoio disponíveis;</p> <p>*Exercícios de contração muscular e mobilização articular, incentivando a auto – mobilização;</p> <p>*Atividades terapêuticas como rolar no leito, ponte, rotação controlada da articulação coxofemoral, carga no cotovelo;</p> <p>*Posicionamentos no leito em padrão anti - espástico (nos diferentes decúbitos);</p> <p>*Estimulação proprioceptiva (estimulação palmar e plantar com</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>objetos com diferentes texturas, andar descalço);</p> <p>*Ensino, treino e incentivo ao desempenho das AVD, de acordo com as necessidades identificadas, promovendo o autocuidado nas ABVD: higiene pessoal, vestuário, alimentação, locomoção e controlo da eliminação e uso dos sanitários.</p> <p>*Treino de Marcha, com ou sem a utilização de produtos de apoio;</p> <p>*Negociação de estratégias de adaptação do domicílio, com o utente/ família, de forma a ultrapassar barreiras que comprometam o seu reajustamento á vida familiar e social;</p> <p>*Seleção e prescrição de produtos de apoio;</p> <p>*Avaliação da necessidade de ensino e treino de hábitos de eliminação vesical e intestinal.</p> <p>*Identificação de Barreiras arquitetónicas que condicionam a acessibilidade da pessoa/família a edifícios públicos, bem como estratégias para ultrapassá-las;</p> <p>*Abordagem da temática da sexualidade mediante o interesse da pessoa.</p> <p>Avaliação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação prestados, em conjunto com a pessoa/ cuidador,</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>reajustando ou alterando as intervenções de acordo com as necessidades;</p> <p>Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados e resultados obtidos utilizando o programa SAPE e a RNCCI.</p>		
Competência	Objetivo	Atividades	Intervenientes	Data
<p>Regulamento nº 122/2011 (A1, A2)</p> <p>Regulamento nº 125/2011 (J1,J2,J3)</p>	<p>Prestar cuidados de Enfermagem de reabilitação á pessoa/ família com alteração da função cardiorrespiratória, em contexto domiciliário.</p>	<p>Realiza e atualiza a colheita de dados à pessoa/família /cuidador, direcionados para os cuidados de enfermagem de reabilitação (condições habitacionais/ barreiras arquitetónicas, contexto familiar e profissional, condições económicas, capacidades funcionais, antecedentes pessoais de saúde, nível de conhecimento da doença).</p> <p>Avaliação inicial com ênfase à identificação dos principais focos de intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação.</p> <p>Avaliação das necessidades de intervenção mobilizando as escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Glasgow (avaliação do estado de consciência) - Escala de Lower (avaliação do grau de força muscular) - Escala de barthel (avaliação da capacidade funcional) - Escala de Morse (risco de queda) - Escala de Braden (risco de úlceras de pressão) 	<p>Enfermeiro</p> <p>Cooperante;</p> <p>Mestranda;</p> <p>Pessoa/ Família</p>	<p>No decorrer do ensino clínico.</p>

		<p>- Escala de Borg (percepção subjetiva de esforço)</p> <p>Avaliação física (observação, auscultação, palpação); identificando o padrão respiratório, amplitude e simetria.</p> <p>Identificação de fatores de risco cardiorrespiratórios;</p> <p>Planeamento dos cuidados específicos de reabilitação a prestar, em cooperação com a pessoa/ família, tendo em conta as necessidades identificadas;</p> <p>Execução do plano de reeducação funcional motor, sensorial e cognitivo, cardiorrespiratório e da eliminação (de acordo com a avaliação efetuada), tendo em consideração as necessidades/capacidades e tolerância da pessoa, com vista a otimizar ou reeducar a função e desenvolver capacidades adaptativas para uma maior autonomia e qualidade de vida da pessoa, através de:</p> <p>*RFR de acordo com as necessidades/capacidades da pessoa, através de:</p> <p>- Exercícios respiratórios para correção de defeitos ventilatórios (consciencialização e controlo da respiração, dissociação dos tempos respiratórios, tonificação abdominodiafragmática, mobilização torácica através de aberturas costais globais e/ou</p>		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>seletivas com ou sem bastão);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização de estratégias para assegurar a manutenção da permeabilidade das vias aéreas: movimentos respiratórios profundos, tosse (dirigida, assistida); manobras acessórias (Percussão, Vibração, Compressão) - Otimização do posicionamento no leito (cabeceira elevada se cama articulada, utilização de várias almofadas de acordo com a necessidade, decúbitos laterais para drenagem postural) - Técnicas de descanso e relaxamento; - Reeducação no controlo do esforço/ cansaço/ consumo de energia na execução de diversas ABVD's (higiene pessoal, vestuário, alimentação, locomoção, transferência e controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários) promovendo a máxima independência da pessoa. - Capacitação da pessoa para a importância da prevenção e controlo da doença cardiovascular e respiratória (adesão ao regime terapêutico, tabagismo, colesterol, HTA, DM), bem com da adoção de estilos de vida saudáveis (salientando-se os cuidados com a alimentação e a importância da atividade física, de acordo com a tolerância/ adaptação ao esforço) 		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados (SAPE) Avaliação da eficácia dos cuidados de reabilitação prestados, face aos objetivos definidos em conjunto com a pessoa/família. Reestruturação do plano de cuidados se necessário.		
Competência	Objetivos	Atividades	Intervenientes	Data
Regulamento nº 122/2011 (A1, A2) Regulamento nº 125/2011 (J1,J2,J3)	Prestar cuidados de Enfermagem de reabilitação á pessoa/ casal com alteração da sexualidade, em contexto domiciliário.	Colheita de dados à pessoa/casal, direcionados para os cuidados de enfermagem de reabilitação (condições habitacionais, contexto familiar, capacidades funcionais, antecedentes pessoais de saúde). Avaliação inicial com ênfase à identificação dos principais focos de intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação, no âmbito da alteração da sexualidade, através da avaliação: *da proximidade da relação entre os elementos do casal; *da abertura da pessoa/casal para a abordagem do tema; *da situação de saúde do cônjuge doente; *da necessidade de cama articulada (impõe a separação do casal e limita o contacto físico); *da possibilidade de partilharem uma cama de casal permitindo manifestações da afeto; - Identificação das necessidades específicas da pessoa/ cuidador.	Enfermeiro Cooperante; Mestranda; Pessoa /casal	No decorrer do ensino clínico

		<p>Planeamento dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação a prestar, em cooperação com a pessoa /casal;</p> <p>Execução do plano de reabilitação delineado através do incentivo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Momentos de lazer (passeio ao fim da tarde); - Comunicação entre o casal; - Partilha de recordações agradáveis para ambos; - Proximidade e toque; - Manifestações de amor, carinho, afeto, ternura, intimidade; - Partilha do mesmo quarto (mediante condições habitacionais) -Partilha da mesma cama (ponderar necessidade de cama articulada – afasta o casal e limita o contacto físico). <p>Esclarecimento acerca de produtos de apoio mediante o interesse e abertura do casal.</p> <p>Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados (SAPE)</p> <p>Avaliação dos cuidados de reabilitação prestados, face aos objetivos definidos em conjunto com a pessoa/casal. Restruturação do plano de cuidados se necessário.</p>		
Competência	Objetivos	Atividades	Intervenientes	Data

<p>Regulamento 122/2011 (B1,B2, C1,C2)</p>	<p>Participar na gestão dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, visando a melhoria contínua da qualidade dos mesmos.</p> <p>Participar no plano de formação em serviço da UCC do Cartaxo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participação nas reuniões semanais da equipa multidisciplinar da UCC para discussão e tomada de decisão relativamente à necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação; - Colaboração na organização e gestão adequada dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação tendo em conta as necessidades e as prioridades; - Avaliação dos resultados das intervenções implementadas em reuniões informais com a Enfermeira cooperante; - Realização das alterações necessárias ao planeamento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados. <p>Participação na avaliação das necessidades de formação em serviço;</p> <p>Realização de uma ação de formação em serviço sobre o tema: “Enfermagem de reabilitação e a sexualidade no idoso em contexto domiciliário”</p>		
------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de estágio surge como um guia orientador para o cumprimento das atividades planeadas de acordo com os objetivos definidos, visando em simultâneo dar-lhes visibilidade. A sua elaboração teve ainda em conta as expectativas e necessidades individuais para que as atividades desenvolvidas contribuam para o enriquecimento do percurso formativo e para o desenvolvimento das competências de enfermagem de reabilitação perante a pessoa/família em situação de dependência ou com perda da autonomia, tendo por base a sua especificidade e necessidades especiais, em contexto domiciliário, visando a sua máxima independência e qualidade de vida.

O envelhecimento das populações tem vindo a registar-se, quer em Portugal, quer a nível mundial. Esta tendência para a longevidade implica adaptações, não apenas socioculturais e políticas, como também nas redes de apoio social e sistemas de saúde.

Entre a diversidade de instrumentos públicos e iniciativas comunitárias em prole dos mais velhos, atualmente em desenvolvimento, destaco o programa de oportunidades de ganhos em saúde ao longo da vida: o Plano Nacional de Saúde (2011-2016) e o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que assenta em três dimensões: promoção do envelhecimento ativo; melhor adequação dos cuidados de saúde às pessoas idosas; e promoção de ambientes seguros e capacitadores de autonomia. (cf. Plano de ação do AEEASG; 2012) Neste sentido, realço a importância de dar visibilidade ao importante contributo que os enfermeiros de reabilitação podem dar em prole dos ganhos em saúde e da qualidade de vida das pessoas idosas, na medida em que estas iniciativas em muito se relacionam com a sua área de intervenção, tendo em conta o contexto domiciliário e comunitário.

Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (REGULAMENTO N° 122/2011) assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (REGULAMENTO N° 125/2011), espera-se que tais competências tenham sido adquiridas aquando do término do ensino clínico.

4 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CABRAL, Manuel Villaverde; FERREIRA, Pedro Moura; SILVA, Pedro Alcântara; JERONIMO, Paula; MARQUES, Tatiana – *Processos de envelhecimento em Portugal- Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*,2013,editora Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa, ISBN 978-989-8662-00-2

Governo de Portugal – *Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações. Programa de ação 2012*; Janeiro de 2012

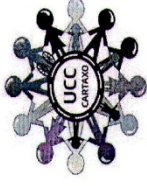
<http://www.euroid.pt>

PERECER N° 12/2011 – *Parecer sobre atividades de vida diária*. MCEER. Solicitado pelo colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação em assembleia do mesmo, a 18 de setembro de 2010.

REGULAMENTO N.º 122/2011. - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* “DR, II Série”. 35 (2011.02.18) 8648-8653

REGULAMENTO N.º 125/2011. - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. DR II Série”. 35 (2011.02.18) 8658-8659

ANEXO VI
PLANOS INDIVIDUAIS DE INTERVENÇÃO



Plano Individual de Intervenção

Nome: Raúlho Soares (Na da Póvoa)

Dt. Admissão

Pontos Fortes	Problemas/Necessidades	Objectivos/Metas	Prazo/Data	Intervenção	Responsável	Cumprimento da Meta (TA;PA;NA)
<ul style="list-style-type: none"> - Cama adequada - Colchão adequado - Alinhamento da UP - Espalda/cuidado da UP - Apoio domiciliário - Lição 	<ul style="list-style-type: none"> - Alargamento da UP - Tratamento da UP - Prevenção de novas UP - Alargamento da UP - Alargamento da UP - Alargamento da UP 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar as UP - Prevenir novas UP - Alargamento da UP - Alargamento da UP - Alargamento da UP - Alargamento da UP 	<ul style="list-style-type: none"> - ao longo do estágio 	<ul style="list-style-type: none"> - Adução / abdução, flexão e extensão da act. escapulo-umeral - flexão / extensão do cot. escapulo-umeral / do cot. ulnaro-cubital, pronação e supinação do pu. bilat. - flexão / extensão da coxo-femoral bilateral - flexão e extensão do joelho bilateral - do si. flexão / flexão plantar, injeção e evulsão da act. Tibio-tarsica. - Adução / abdução, flexão e extensão dos dedos das mãos e pés. - Ensino / treino do posicionamento alternado de membros, ao nível do - ensino ao nível do nível da injeção da - incentivo à ingestão de líquidos - Peivificar levante (!?) 	<ul style="list-style-type: none"> - (uf) + - (uf) - coop. 	

Dt. Elaboração PI

Gestor de Caso

Utente:

Equipa Interdisciplinar/Participantes

Representante do Utente (no caso do utente não poder assinar):

Familiares:



Plano Individual de Intervenção

Nome: Adriano Cabrito (av)

Dt. Admissão

Pontos Fortes	Problemas/Necessidades	Objectivos/Metas	Prazo/Data	Intervenção	Responsável	Cumprimento da Meta (TA;PA;NA)
<ul style="list-style-type: none"> - Comece a trabalhar a cidadania/ esposa suf. - Colocação de próteses, atitudes positivas, apoio domiciliário 	<ul style="list-style-type: none"> - UP - Risco de novas UP - Déficit em grau elevado na mobilidade de membros superiores, atitudes positivas de inf. resp. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar a UP - Planear novas UP - Promover a ambulação a amplitude de act. - Planear a int. Respiratória - Planear a ambulação de act. 	<p>Ao longo do estágio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdução/abdução, flexão e extensão da act. escapulo-umeral - Flexão/ extensão do cotovelo bilat. - Desno da act./ desno ulnital, pronação e supinação do punho bilateral - Flexão/ extensão, abdução e abdução da act. coto. - Flexão/ extensão bilateral - Flexão/ extensão do joelho bilateral - Doen. flexão/ flexão plantar, inversão e eversão da act. trico-tarsica. - Abdução/abdução, flexão/ extensão dos dedos das mãos e pés. 	<p>Mesclanda + enf. coop.</p>	<p>Resposta parcial</p>	

Gestor de Caso

Dt. Elaboração PII

Ufente:

Equipa Interdisciplinar/Participantes

- Treino equilíbrio sentado
 - Incentivo à ingestão de líquidos
 Representante do Ufente (no caso do utente não poder assinar): -levantar

Familiares:



arsive

ANEXO VII
A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE NO IDOSO
EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO



A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Sofia Santo - CMER

UCC Cartaxo, Junho 2014

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO



O CONCEITO DE SEXUALIDADE

“uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”.

OMS (1975)



A SEXUALIDADE

“é um aspeto central do ser humano **ao longo da vida** e engloba o sexo, a identidade de género e papel, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. É experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações, mas, embora possa incluir todas estas dimensões nem todos as experienciam ou expressam sempre. É influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais”

OMS (2002, 2006)



► IDOSO

Organização Mundial da Saúde (2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada.

(Mendes et al, 2005)



A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- ▶ **Colheita de dados** à pessoa/casal, direcionados para os cuidados de enfermagem de reabilitação:
 - condições habitacionais,
 - contexto familiar,
 - capacidades funcionais,
 - antecedentes pessoais,
 - situação de saúde.



▶ UCC Cartaxo, Junho 2014

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação inicial com ênfase à identificação dos principais focos de intervenção do enfermeiro de reabilitação, no âmbito da alteração da sexualidade, através da avaliação:

- da proximidade da relação entre os elementos do casal;
- do enquadramento familiar (partilha da casa com os filhos/netos)
- da situação de saúde (cônjuge doente);
- da possibilidade de partilharem a mesma cama;
- da necessidade de cama articulada (impõe a separação do casal);
- identificação das necessidades específicas do casal e da pessoa /cuidador (cônjuge).
- da abertura da pessoa/casal para a abordagem do tema;



▶ UCC Cartaxo, Junho 2014

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO



MODELO DE ABORDAGEM

The BETTER model

- B** bringing up the topic
- E** explaining to the patient that he/she is free to discuss sexual concerns
- T** telling the patient about the resources for further information
- T** timing, the patient can ask for advice at any time
- E** education, about the sexual side effects of the patient's treatment regimen
- R** record the assessment and the information that is given on the patient's record



O melhor modelo

- B** trazer o tema à tona
- E** explicar ao paciente que ele / ela é livre para falar sobre as preocupações sexuais
- T** falar com o paciente sobre os recursos para obter mais informações
- T** tempo, o paciente pode pedir conselhos a qualquer altura
- E** educação, sobre os efeitos colaterais sexuais do regime de tratamento do doente
- R** registrar a avaliação e a informação dada ao paciente

► UCC Cartaxo, Junho 2014

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- **Planeamento** dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação a prestar, em cooperação com a pessoa /casal;



► UCC Cartaxo, Junho 2014

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

▶ **Execução** do plano de reabilitação delineado através do incentivo a:

- Momentos de lazer (passeio ao fim da tarde);
- Comunicação entre o casal;
- Partilha de recordações agradáveis para ambos;
- Proximidade, toque;
- Manifestações de amor, carinho, afeto, ternura, intimidade;
- Partilha do mesmo quarto (condições habitacionais)
- Partilha da mesma cama (ponderar necessidade de cama articulada – afasta o casal e limita o contacto físico).



▶ Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados (SAPE)

▶ UCC Cartaxo, Junho 2014

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

▶ **Avaliação** dos cuidados de reabilitação prestados, face aos objetivos definidos em conjunto com a pessoa/casal.

Reestruturação do plano de cuidados
(de acordo com as necessidades).



▶ UCC Cartaxo, Junho 2014

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE
NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO



EXISTE SOMENTE UMA IDADE PARA SER FELIZ.
ESSA IDADE TÃO FUGAZ NA NOSSA VIDA CHAMA-SE
PRESENTE E TEM A DURAÇÃO DO INSTANTE QUE PASSA.
MÁRIO QUINTANA

► UCC Cartaxo, Junho 2014

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE
NO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO



Muito
obrigada !

► UCC Cartaxo, Junho 2014

ANEXO VIII
CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO PICO

CRITÉRIOS PARA FORMULAÇÃO DA QUESTÃO PICO

P	População	Quem foi estudado?	A pessoa em processo de transição em contexto hospitalar ou domiciliário
I	Intervenção	O que foi feito?	A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da mobilidade da pessoa dependente
C	Comparação	Pode não existir	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	Promove a mobilidade e o autocuidado transferir-se

Palavras-chave:

**Nursing practice
and
Rehabilitation
and
Mobility**

ANEXO IX

CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ESTUDOS/ARTIGOS

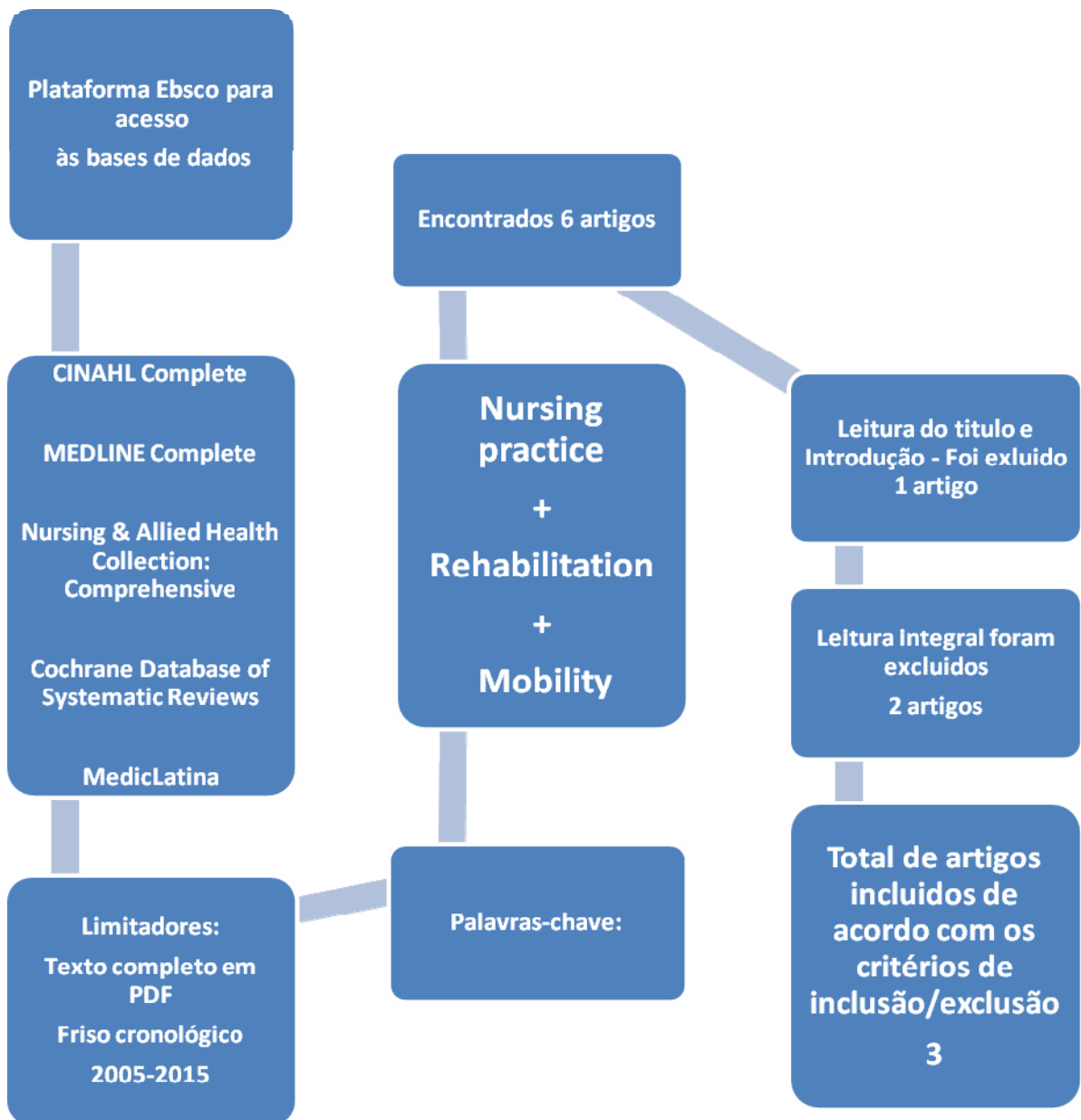
CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ESTUDOS/ARTIGOS

Crítérios de seleção	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
Participantes	Pessoas dependentes; Em processo de transição saúde/doença; Institucionalizadas ou em contexto domiciliário.	Crianças; Mulheres Grávidas; Patologia do foro Psiquiátrico.
Intervenção	Estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas da literatura e estudos de caso que abordem a problemática da Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa em situação de dependência.	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica e não abordem a reabilitação da pessoa em situação de dependência e em processo de transição saúde/doença.
Outcomes	Promoção da mobilidade; Autonomia no autocuidado transferir-se (inclui os termos transferência e transferir-se).	

ANEXO X

PROTOCOLO DE PESQUISA E SELECÇÃO DE ARTIGOS

PROTOCOLO DE PESQUISA



ANEXO XI

CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE

CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE

Palavras Chave Bases de dados	Nursing practice	Rehabilitation	Mobility	Nursing practice + Rehabilitation	Rehabilitation + Mobility	Nursing practice + Mobility	Nursing practice+ Rehabilitation+ Mobility
CINAHL Complete	53,732	120,818	19,958	191	712	87	3
MEDLINE Complete	12,523	288,418	120,672				
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	13,109	31,539	3,830	194	676		3
Cochrane Database of Systematic Reviews			200				
MedicLatina	65	757		1	13	38	
Total	79,429	441,532	144,660	386	1401	125	6

ANEXO XII

ANÁLISE DOS ARTIGOS

Artigo 2 - What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory study	
Autores	Rosie Kneafsey, Collette Clifford, Sheila Greenfield
Local e data de edição	Reino Unido, 2012.
Objetivo	Apresentar uma teoria fundamentada e descrever do envolvimento da equipe de enfermagem no processo de manutenção e promoção da mobilidade dos idosos hospitalizados. Procura também compreender como os membros da equipa de enfermagem viram o seu trabalho em relação aos fisioterapeutas e em à política do hospital sobre o tratamento do paciente. A principal prioridade para o estudo foi a compreensão subjetiva do envolvimento da equipe de enfermagem no processo de manter ou melhorar a função de mobilidade de adultos mais velhos no hospital.
Participantes	39 Entrevistas semi-estruturadas com a equipe de reabilitação e 61 h de observação não-participante composta do conjunto de dados.
Intervenções	Foi desenvolvido um guia de colheita de dados antes do trabalho de campo e identificadas áreas centrais específicas durante a observação. As atividades de enfermagem associadas à assistência de pessoas com défice da mobilidade, incluídas na observação foram: ajudar alguém a sentar-se, levantar-se, caminhar, mudar de posição ou mover-se na cama. O interesse estava também na observação de enfermeiros e auxiliares de cuidados a trabalhar juntos, ou com o fisioterapeuta. Discussões em equipa a respeito da mobilidade dos pacientes foram também fontes relevantes de dados. No entanto, as decisões sobre o que observar depende nomeadamente do paciente, das suas necessidades de mobilidade e de que membro da equipe de saúde está trabalhar no momento da colheita de dados. Por exemplo, ao entrar no campo, tornou-se evidente que as transferências com elevador e as transferências assistidas " Sentar-se para cadeira de rodas" foram importantes momentos de observação devido à frequência e ao seu potencial para reabilitação. A colheita de dados centra-se em três ambientes clínicos que incluíram uma ala de reabilitação, uma unidade de lesões na coluna vertebral e uma ala de tratamento e reabilitação de pacientes com AVC.
Resultados	Embora muitos estudos significativos de enfermagem de reabilitação no Reino Unido (por exemplo Burton, 2003; Connor, 2000; Long et al., 2001) se concentrarem apenas em enfermeiros, este estudo também incluiu assistentes de cuidados, como membros integrantes da equipe de enfermagem. O envolvimento da equipa de enfermagem na manutenção da mobilidade dos pacientes e na sua reabilitação foi explicado pela categoria 'o cuidado de manter a segurança.' Esta categoria identifica como a equipe de enfermagem está principalmente focada na prevenção de problemas do paciente, em vez de se concentrar nos objetivos de reabilitação. A equipa de enfermagem encontrou dificuldades para envolver-se em atividades de apoio à manutenção da mobilidade e reabilitação, relacionadas com uma série de fatores contextuais significativos do local de trabalho.
Nível de Evidência	Estudo descritivo – nível VI

Artigo 3 - Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke:a systematic review	
Autores	Corrie Korpershoek, Jaap van der Bijl & Thóra B. Hafsteinsdóttir
Local e data de edição	Holanda, 2011
Objetivo	O objetivo desta análise sistemática é fornecer uma visão geral da literatura focando-se na influência da auto-eficácia nos vários resultados clínicos depois do AVC e as intervenções de reforço dos efeitos de auto-eficácia na mobilidade, AVD's, depressão e qualidade de vida (HRQL) dos pacientes com AVC. A análise sistemática é focada em duas questões:1. Qual é a associação entre auto-eficácia e mobilidade, ADL, depressão e HRQL dos pacientes com AVC?2. Quais intervenções de reforço da auto-eficácia que influenciam a mobilidade, as AVD's, a depressão e a HRQL dos pacientes com AVC?
Participantes	Dezassete artigos foram incluídos na revisão.
Intervenções	Auto-eficácia está relacionada com a situação e a tarefa, conceito específico do comportamento, que pode ser desenvolvida por 4 fontes de influência aplicadas e descritas neste estudo. A forma mais forte de influenciar a auto-eficácia são experiências de liderança através de performances de sucesso na realização de tarefas. A segunda fonte é a experiência intermédia onde o individuo observa outros a cumprirem tarefas, e a terceira fonte é a persuasão verbal ou encorajamento pelos profissionais e família, e a quarta fonte é o estado físico, onde a interpretação de sinais físicos, como a ansiedade, stress, excitação e estados de humor, também providenciam informação sobre crenças na eficácia (Bandura 1994).
Resultados	Auto-eficácia foi positivamente associada com a mobilidade, AVD's e qualidade de vida, e negativamente associada com a depressão. Foram identificadas 4 intervenções de autoeficácia. Pacientes com elevada auto-eficácia são funcionalmente melhores na realização das AVD's do que os pacientes com baixa auto-eficácia. A evidência sobre os determinantes que influenciam a auto-eficácia e as intervenções na auto-eficácia tornam claro que os enfermeiros devem desenvolver as intervenções na auto-eficácia durante a prática clínica com pessoas que sofreram de AVC. Autoeficácia foi significativamente associada com mobilidade, equilíbrio, incapacidade motora, capacidade de caminhar, subir escadas e levantar -se de cadeiras. Pacientes com uma baixa autoeficácia são significativamente mais deprimidos que os pacientes com uma elevada auto-eficácia. Auto-eficácia foi também positivamente associada com um uso mais frequente de estratégias de sobrevivência ativas e reenquadramento positivo. Dos 4 estudos que investigam os efeitos de intervenções de reforço de autoeficácia nos resultados de pacientes após AVC, dois estudos mostraram efeitos positivos dessas intervenções, como intervenções orientadas para tarefas focadas no programa de exercício de caminhar em grupo em 6 semanas, no equilíbrio, e a intervenção de educação em grupo aumenta o status funcional, a capacidade de realização das AVD's e a HRQL. São descritas várias intervenções orientadas para tarefas efetivas, que foram encontradas por serem altamente relevantes para os enfermeiros, em todas as fases depois do AVC (Kwakkel 2006). Quando enfermeiros ensinam os pacientes exercícios simples, como exercícios de equilíbrio, de alcance, sentarem-se, levantarem-se e caminharem, eles precisam de usar as quatro forças de Bandura de auto-eficácia, assim como os pacientes precisam de encorajamento para exercer as atividades que eles acham difíceis de realizar e para verem outros pacientes fazerem o exercício; e os enfermeiros e membros da família precisam de dar feedback positivo e elogiar cada passo, por menor que ele seja.
Nível de Evidência	I (Revisão sistemática da Literatura)

Artigo 6 - A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence	
Autores	Rosie Kneafsey
Local e data de edição	Salford, Reino Unido Accepted for publication: 23 January 2007
Objetivo	Este artigo resume os resultados de uma revisão sistemática da literatura para examinar a qualidade e o conteúdo das provas relativas às abordagens de enfermagem para melhorar a mobilidade e o movimento de pessoas mais velhas. Procurou-se identificar na literatura as intervenções e atividades realizadas por enfermeiros, destinado a promover melhorias na mobilidade dos pacientes.
Participantes	Foi elaborada uma questão-chave da seguinte forma: quais as abordagens que os enfermeiros de reabilitação usam para promover a mobilidade em pessoas mais velhas? O termo "mobilidade" é usado para se referir a ações físicas envolvidas em sentar-se, estar de pé, andar e transferir-se de e para camas e cadeiras. Dezasseis trabalhos de pesquisa e 33 informativos foram incluídos.
Intervenções	Foram identificados focos específicos para avaliação de intervenções de enfermagem para promover a mobilidade dos doentes. Foram identificados três domínios da mobilidade funcional: técnicas básicas de mobilidade; atividades da vida diária (AVD); e atividades instrumentais de vida diária. Os trabalhos foram agrupados em quatro conjuntos interligados: promover a mobilidade e prevenir a imobilidade; deambulação e exercício; princípios do desenvolvimento neurológico; tratamento e reabilitação de pacientes.
Resultados	Os estudos incluídos sugerem que os enfermeiros devem avaliar a capacidade dos pacientes em repouso e equilíbrio, padrão de marcha, velocidade e capacidade de transferir-se. Recomendam que os enfermeiros devem implementar programas de exercícios preventivos para pacientes mais idosos, de modo a incluir exercícios de fortalecimento e resistência para promover a função, equilíbrio e a flexibilidade. Sugerem também a necessidade dos enfermeiros compreenderem os componentes e benefícios dos programas de treino da força muscular e da sua relação com a capacidade funcional. Dois artigos concentram-se na 'avaliação da marcha' e padrões de marcha anormais. Um outro estudo fornece mais detalhes para expandir a tomada de decisão clínica, não só em relação à mobilidade, mas também em relação a fadiga, mal-estar, fraqueza, coordenação, amplitude de movimento e equilíbrio. Os estudos focam metas para a assistência de enfermagem, tais como a melhoria de coordenação, equilíbrio e tolerância, manutenção da força, resistência muscular e flexibilidade articular. Existe um número limitado que discute sobre a contribuição do paciente para o estabelecimento de metas. São também descritas potenciais estratégias que os enfermeiros podem adotar para ajudar os pacientes a conservar energia, incentivando a participação no treino de AVD's.
Nível de Evidência	Nível I (Revisão sistemática da Literatura)

ANEXO XIII

ARTIGO 2

WHAT IS THE NURSING TEAM INVOLVEMENT IN MAINTAINING AND PROMOTING THE MOBILITY OF
OLDER ADULTS IN HOSPITAL? A GROUNDED THEORY STUDY.

ANEXO XIV

ARTIGO 3

SELF-EFFICACY AND ITS INFLUENCE ON RECOVERY OF PATIENTS WITH STROKE:
A SYSTEMATIC REVIEW.

ANEXO XV
ARTIGO 6
A SYSTEMATIC REVIEW OF NURSING CONTRIBUTIONS TO MOBILITY REHABILITATION:
EXAMINING THE QUALITY AND CONTENT OF THE EVIDENCE.