

A Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Pessoa com Doença Neurológica com Alterações da Comunicação.

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

**Sandra Helena Asper
Banha Galamba**

**ORIENTADOR:
Mestre Joaquim Simões**

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

**2012
Janeiro**

*“O que a palavra não quer revelar, os olhos,
os tremores dos lábios e o tamborilar dos
dedos comunicam-nos eloquentemente”*

PHANEUF

*“Quando o coração transborda de sofrimento
e as palavras já não chegam para consolar,
a mão pode consegui-lo...”*

DESCONHECIDO

AGRADECIMENTOS

Aos doentes e famílias por terem constituído uma fonte contínua de aprendizagem e de estímulo para melhor cuidar e por emprestarem grandeza e humanidade ao nosso trabalho diário.

Ao Professor Joaquim Simões, pela disponibilidade, compreensão, incentivo e sentido pedagógico que sempre demonstrou ao longo deste percurso.

A todos os colegas com quem trabalhamos, pela partilha de vivências que, por um lado, nos trouxe um aporte de ensinamento e integração e, por outro, nos permitiu, mais tarde, sistematizar e transmitir a nossa própria perspectiva da actividade que desenvolvem.

A todos os enfermeiros orientadores que sempre demonstraram disponibilidade, incentivo, apoio e interesse demonstrado nesta etapa da nossa formação, e que nos fizeram crescer tanto a nível pessoal como profissional.

Aos colegas e amigos da nossa vida profissional, em especial à Sra. Enfermeira Ângela Rosa pela amizade, incentivo, perseverança e sugestões sempre preciosas.

À nossa família: Aos nossos maridos e filhos respectivamente, por todo o amor e compreensão nos momentos de ausência e pelo incentivo de não desistir de todo este percurso nos momentos de grande cansaço. Aos nossos pais por estarem sempre presentes, pela sua ajuda valiosa nos momentos de maior esforço e por nos transmitirem, desde criança, que com trabalho e dedicação podemos alcançar os nossos sonhos.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIT – Acidente isquémico Transitório;

ART. – Artigo;

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

CAS – Comunicação alternativa e suplementar;

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade;

DL – Decreto de Lei;

Enf.º – Enfermeiro;

Enf.^a – Enfermeira;

NHISS – National Institutes of Health Stroke Scale;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

Pág. – Página;

REG. - Regulamento

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem;

SNC – Sistema Nervoso Central;

TCE- Traumatismo crânio – encefálico;

UCV – Unidade Cérebro Vascular;

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos;

UAVC – Unidades Acidentes Vasculares Cerebrais;

RESUMO

A temática abordada neste relatório, onde se pretende proceder a uma revisão da literatura, centra-se em torno das alterações de comunicação em pessoas com doença neurológica e do modo como o enfermeiro de reabilitação contribui para a recuperação de quem experiencia uma nova etapa do seu ciclo de vida.

A pertinência da análise da problemática está relacionada com a intervenção do enfermeiro de reabilitação, uma vez que as suas competências não se restringem a procedimentos técnicos. Através de uma comunicação adequada, grande parte da ansiedade do doente pode ser minimizada, servindo também para o ensino de estratégias que os mesmos podem adoptar com vista a uma melhor gestão da sua doença.

Relativamente às condições de produção da revisão da literatura, foi estabelecido um limite temporal 2006-2011, para as datas de publicação consultadas. Recorreu-se principalmente a bases de dados informáticas internacionais (CINAHL e MEDLINE).

Neste relatório, descrevemos parte da frequência da componente prática do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém relativa a três períodos de estágio.

Concluimos que a intervenção do enfermeiro de reabilitação da pessoa doente com afecção neurológica com afasia contribui para ajudar a pessoa a atingir uma melhor qualidade de vida, através de uma maior funcionalidade e independência, tendo em conta uma perspectiva de olhar globalizante, tendo ainda em atenção o que a pessoa é e não a sua doença.

Palavras-chave: Reabilitação, Enfermagem, Comunicação.

ABSTRACT

The themes addressed in this report which aims to undertake a review of literature, focuses on the changes of communication in people with neurological disease and how the rehabilitation nurse contributes to the recovery of those who experience a new stage of its life cycle.

The relevance of the analysis of the problems is related to rehabilitation nurse intervention, since their powers are not restricted to technical procedures. Through a proper communication, much of the anxiety of the patient can be minimized, also serving for teaching strategies that they may adopt with a view to better management of their disease.

As regards conditions of production of the literature review, was established a temporal limit for 2006-2011, dates of publication consulted. Resorted mainly to international computerized databases (MEDLINE and CINAHL).

In this report, we describe the frequency of the practical component of the 1st master course in nursing and a specialization in Rehabilitation of the School of Health in Santarem on the three internship periods.

We found that rehabilitation nurse intervention of the person ill with neurological disease with aphasia contributes to help people achieve a better quality of life, through greater functionality and independence, taking into account the perspective of globalizing look, also taking into consideration what the person is and not her illness.

Keywords: Rehabilitation, Nursing, Communication.

ÍNDICE

	Pág.
0 – INTRODUÇÃO	8
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	13
2 – METODOLOGIA	25
3 – ENSINO CLÍNICO – ANÁLISE REFLEXIVA	28
3.1 – CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO NÃO TRAUMÁTICO	29
3.2 – CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMILIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO TRAUMÁTICO	36
3.3 – CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA /FAMILIA INTERNADA NUMA UNIDADE DE DOENÇA CÉREBRO VASCULAR	41
4 – CONCLUSÃO	48
5 –BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS	59
ANEXO I – Cruzamento das palavras-chave	60
ANEXO II – Pesquisa e selecção de artigos	62
ANEXO III – Análise do artigo “The use of conversional analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke”	64
ANEXO IV – Análise do artigo “A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia”.	66
ANEXO V – Análise do artigo “Rehabilitation of people with cognitive problems: Findings from a field study”	68
ANEXO VI – Projecto de ensino clínico no contexto de neurologia não traumática	70
ANEXO VII – Projecto de ensino clínico no contexto de neurologia traumática	71

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

QUADRO I – CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	25
--	----

0. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, no qual está integrada a Unidade Curricular Estágio II e Relatório.

O curso compreende uma componente prática de 540 horas que é constituída por três módulos de estágio distintos, cada um deles de 180 horas. Dois destes módulos são na área da neurologia traumática e neurologia não traumática. Adicionalmente, há um módulo opcional.

Pretende o presente relatório descrever o nosso desempenho durante os estágios realizados, que decorreram num hospital central da cidade de Lisboa: serviço de medicina interna, unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos e o estágio opcional na unidade de doenças cérebro vasculares.

O primeiro módulo de estágio foi realizado no Serviço de Medicina 1.2 e decorreu de 4 a 29 de Outubro de 2010, num total de 100 horas de contacto.

O segundo módulo de estágio foi realizado no Serviço Neurocirurgia I UCI, e decorreu de 24 de Janeiro a 18 de Fevereiro de 2011, com um total de 100 horas de contacto.

O terceiro módulo estágio (opcional) foi realizado na Unidade Cérebro Vascular (UCV), e decorreu no período de 28 de Fevereiro a 25 de Março de 2011, igualmente num total de 100 horas de contacto.

Estes estágios visaram desenvolver um conjunto de competências de índole mais diferenciado, próprias de uma prática Especializada da Enfermagem e que pressupõe um entendimento mais profundo sobre a forma de resposta do ser humano enquanto pessoa aos processos de vida e aos problemas de saúde.

Esta prática caracteriza-se por “um saber agir reconhecido” (LE BOTERF, 2006) ou por uma “resposta com elevado grau de adequação, às necessidades do cliente,

proporcionando benefícios essenciais para a saúde da população e para o desenvolvimento da profissão” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007) proporcionando uma tomada de decisão e intervenção adequadas conduzindo a uma melhor eficácia e sistematização dos cuidados.

A situação doença é uma experiência na vida que representa um desafio pessoal, que implica a capacidade de luta e resistência. No entanto, quando esta é crónica condiciona hábitos de vida, dietas, actividade física e profissional, que acarretam o recurso constante a medicação e a conseqüente adaptação a uma realidade muitas vezes de dependência de meios tecnológicos e profissionais de saúde.

O avanço da tecnologia e da ciência propiciam cada vez mais a especialização profissional e assumem um carácter preponderante na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle adequado das doenças. A especificidade das várias especialidades de enfermagem, ciências sociais, entre outras áreas, pode induzir facilmente os profissionais de saúde a uma avaliação parcelar da pessoa doente, na sua dimensão psicológica, física, social e cultural, em detrimento de uma apreciação holística de um ser uno e com características próprias.

Segundo LE BOTERF (2006), a competência é um processo dinâmico que possui uma dimensão sociocultural, estritamente relacionada com a mobilização de saberes, distinguindo-se ainda, segundo o autor, entre o saber teórico, o saber operacional e o saber fazer operacional. PHANEUF (2005, 177), definiu competência como:

“...um conjunto integrado de conhecimentos adquiridos experienciais e de evolução pessoal, próprio de um aspecto específico dos cuidados de enfermagem que, quando é mobilizado em situação concreta da vida real permite à enfermeira fazer apelo as suas habilidades, cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos sócio afectivos adequados”.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem:

“ Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com o curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído o título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, para além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização” (Decreto-Lei nº 161/96, p.2960).

Os estágios visam globalmente aprendizagens e enriquecimento pessoal e profissional, através das experiências de interacção, desenvolvendo competências de intervenção especializada, neste caso com pessoas em situação de patologias complexas

e elevados graus de dependência do ponto de vista fisiológico, conducentes à adequação das suas intervenções, com vista a uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de crescente complexidade.

No contexto estrito das temáticas dos estágios realizados, a componente técnica assume uma importância relevante, como aliás é de esperar no contexto actualmente vivido na Reabilitação. Tal facto não se distanciou dos aspectos básicos e da atitude que está subjacente ao acto de cuidar e que nestes clientes assume aspectos peculiares e únicos que importa integrar.

Na escolha dos estágios realizados foram determinantes a importância *per se* do processo de estabelecimento de uma relação com as pessoas doentes e com as suas famílias/pessoas significativas e o interesse de que se reveste o acompanhamento do desenrolar de cada situação, pois requer estratégias de contacto humano específicas que visam lidar com as limitações dos clientes aí internados e minorar o seu sofrimento.

Estamos convictos de que, com espírito de partilha de conhecimentos específicos, o enfermeiro especialista procura desenvolver as suas competências assumindo um papel estratégico de uma prática clínica de excelência, pois tal como defende (BENNER, 2005, p. 14) “*as práticas crescem através de aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados*”.

A articulação entre profissionais de saúde e serviços é uma problemática actual, no hospital ou na comunidade. A regra é que um grupo de profissionais diversificados seja chamado a intervir eficazmente, para solucionar as necessidades que são colocadas pelas pessoas doentes. O desempenho individual e sectorial pode não ser suficiente e eficaz, é importante à diversidade profissional adicionar uma concepção clara e precisa do contributo de cada um e promover circuitos de articulação entre todos os intervenientes. Tal como defendem KEROUAC *et al.* (1995) e PEARSON (1998), a complexidade das situações apresentadas pelos clientes dos serviços de saúde e o desenvolvimento tecnológico, por um lado, e a explosão e fragmentação do conhecimento por outro, dão origem a que nos nossos dias seja impossível trabalhar isoladamente.

No presente relatório, procurámos uma articulação dos conhecimentos teóricos adquiridos e a sua adequação à prática clínica, filtrada pelas nossas experiências profissionais e de vida, num processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, que se pretende contínuo e autónomo, por intermédio da reflexão permanente sobre o trabalho desenvolvido e sobre as competências adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos.

A possibilidade de interagir com os outros e com o Mundo é a nossa melhor aventura existencial. É do conhecimento geral que a fala e a escrita ocupam nas inúmeras possibilidades de comunicação. Tendo em conta a crucial importância que a linguagem possui em todas as actividades e dimensões da nossa vida (social, afectiva, profissional, intelectual, etc.), não é difícil imaginar o impacto que as alterações comunicativas provocam nas acções interactivas e interpretativas com as quais lidamos quotidianamente e que nos conferem uma identidade e reconhecimento social.

Actualmente, é possível o Enfermeiro Especialista em Reabilitação ajudar a Pessoa com alterações de comunicação e a sua família/cuidador, através das técnicas terapêuticas existentes, cujo objectivo visa minorar o impacto psicossocial resultante da perturbação da linguagem e assegurar o processo comunicacional.

A selecção desta temática justifica-se pela oportunidade de contribuir activamente na resolução das necessidades detectadas, na articulação interpessoal e interdisciplinar na abordagem da pessoa doente com alterações de comunicação, bem como pela possibilidade de desenvolver competências diferenciadas nesta área, para assim oferecer a estes doentes e família a oportunidade de uma vida mais digna, com mais qualidade, perante um problema que muitas vezes leva ao isolamento e à exclusão social. Escolhemos também abordar esta temática de forma a poder dar visibilidade ao facto de que a intervenção do enfermeiro de reabilitação não é apenas importante na reabilitação motora mas que a reabilitação cognitiva é um campo de acção bastante importante no desempenho destes profissionais e que dela também pode depender todo o processo de reabilitação.

A elaboração deste relatório é constituída por etapas sistematizadas e interdependentes onde temos como propósito descrever de forma objectiva, clara e sucinta o trabalho desenvolvido durante o mesmo, bem como redigir uma análise crítica e auto-reflexiva sobre os cuidados prestados e reflectir sobre o atingimento dos objectivos propostos.

Inicialmente, surge este espaço introdutório onde procuramos contextualizar os estágios e os objectivos do relatório.

No segundo capítulo, são desenvolvidos os aspectos conceptuais que correspondem à sustentação teórica e científica da problemática abordada, ancorada na revisão da literatura directamente relacionada com a problemática em estudo. No capítulo seguinte, abordamos a metodologia, onde são descritos os recursos, tecnologias, participantes e a revisão sistemática da literatura com recurso á metodologia PICO, onde se pretende

fazer uma reflexão sobre a temática através das bases de dados electrónicas, de forma a aprofundar a prática baseada na evidência. Da reflexão sobre a pesquisa realizada, elaborou-se uma fundamentação sobre os conceitos delineados, para posteriormente estabelecer relações entre eles, de modo a conhecer melhor o problema. É apresentado o modelo teórico de enfermagem e filosofia que norteia e sustenta este trabalho.

Procedeu-se à análise crítica e fundamentação das actividades realizadas durante os estágios e do seu contributo para ganhos em saúde e para o desenvolvimento de competências na área da enfermagem de reabilitação. A análise teve como base a consulta dos registos efectuados nos nossos relatórios de contextos, as reflexões críticas elaboradas durante a realização dos estágios nos diferentes campos de estágio, a pesquisa bibliográfica e a mobilização de saberes.

No último capítulo deste relatório, são expostas as considerações finais que surgiram no decurso deste processo de aprendizagem, realçando os pontos mais emergentes. Este processo representa uma mais-valia a nível pessoal e institucional e, estamos em crer, que também se traduzirá na melhoria da qualidade de cuidados com as pessoas com doença do foro neurológico em situação de alteração da comunicação e suas famílias.

O presente relatório é também uma narrativa da articulação dos conhecimentos teóricos aprendidos e sua adequação à prática clínica filtrada pela nossa experiência profissional e de vida e pela pesquisa bibliográfica, num processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, que se pretende contínuo e autónomo, por intermédio da reflexão permanente sobre o trabalho desenvolvido e sobre as competências adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos.

Valorizado pelo conhecimento especializado nesta área específica e cimentado por padrões de qualidade, desejamos proporcionar uma assistência segura e efectiva capaz de melhorar o padrão de saúde e qualidade de vida dos doentes neurológicos com alterações da comunicação.

1- CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

Abordar as questões cerebrais é algo de complexo e fascinante, e apesar de nos levar a um mundo amplamente desbravado por diversas personalidades, continua a suscitar o nosso interesse.

Designa-se genericamente por afasia a alteração da comunicação resultante de uma lesão cerebral, cujas manifestações se fazem sentir a vários níveis: verbal, gestual, visual e gráfico.

As tentativas frustradas de comunicação repercutem-se negativamente na vida da Pessoa podendo levá-la à depressão. Actualmente, é possível o enfermeiro especialista em reabilitação ajudar a pessoa afásica e a sua família/cuidador, através das técnicas terapêuticas existentes cujo objectivo é minorar o impacto psicossocial resultante da perturbação da linguagem e assegurar o processo comunicacional.

As estruturas ou centros da linguagem localizam-se no hemisfério cerebral esquerdo. Para além dos AVCs, existem outras patologias que podem provocar alterações da comunicação, manifestadas por problemas de linguagem, principalmente quando envolve a artéria cerebral média e o hemisfério esquerdo, podendo originar um quadro de afasia, dentro das quais se encontram os traumatismos crânio-encefálicos (TCE), as cirurgias cerebrais, as infecções, os tumores cerebrais, as doenças degenerativas, e a exposição a agentes neurotóxicos (ROTH e WORTHINGTON, 1997; MICOCH e METTER, 2008).

A enfermagem, na sua prática de cuidar assume como essência e especificidade o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade, de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipa actividades de promoção, protecção da saúde, prevenção e recuperação de doenças.

Podemos dizer que a enfermagem é, portanto, uma prática historicamente estruturada, ou seja, existe ao longo da história da Humanidade; porém, constituída por diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Actualmente, o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho colectivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado de acordo com a complexidade de concepção e execução.

O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia que responde à grande questão existencial do ser humano, a ciência e a tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pelas normas de actuação e a ética, numa abordagem comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades.

O conhecimento em enfermagem é socialmente muito construído no contexto das interacções entre enfermeiros e doentes. A tenacidade centrada na doença deu lugar a uma prática centrada na relação entre quem presta e quem recebe cuidados. O Ser Humano em toda a sua força e vulnerabilidade constitui o objecto da competência do enfermeiro.

A necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade, tem motivado os teóricos de enfermagem e elaborar modelos conceptuais para a sua profissão. Os modelos conceptuais orientam a prática de enfermagem, mostrando o rumo das actividades de enfermagem, servem de guia de formação, investigação e gestão de cuidados de enfermagem.

As estruturas ou paradigmas constituem um amplo quadro de referência para a abordagem sistemática dos fenómenos com os quais a disciplina está relacionada. A prática de enfermagem aliada a um conjunto de conhecimentos teóricos permite a prestação de cuidados de enfermagem, de forma sistemática e inteligente. Os cuidados de enfermagem são definidos tendo em consideração as necessidades da pessoa, as suas percepções e a sua globalidade. A transformação classifica cada fenómeno como único, é a unidade global em interacção recíproca e simultânea com outra unidade global, mas maior, o mundo que a rodeia.

A necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade, tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para a sua profissão (KÉROUAC *et al*, 1996). Os modelos conceptuais orientam a prática de enfermagem, mostrando o rumo das actividades de enfermagem, servem de guia de formação, investigação e gestão de cuidados de enfermagem.

Suportámos este período de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas de enfermagem, em “*um modelo de Enfermagem, baseado num modelo de Vida*” (TOMEY, 2002: p. 406).

O modelo teórico de enfermagem de Nancy Roper foi apresentado como o Modelo de Enfermagem de Actividades de Vida, e é baseado no modelo de vida, visto que a sua “*essência está na ideia de que todos os indivíduos estão envolvidos em actividades que lhe permitem viver e crescer*”. Está intimamente ligado aos contextos da vida actual e aos factores que influenciam as suas actividades, pois e de acordo com este modelo, o ser humano é “*um indivíduo ocupado em viver toda a sua vida*”, e determina que o doente independentemente das suas limitações e estado de saúde tem de continuar a viver e a sentir a vida (ROPER, LOGAN e TIERNEY, 1996: pág.34-35).

Segundo a concepção deste modelo, as 12 Actividades de Vida apresentam uma dimensão lata, pois na realidade cada actividade de vida tem diversas dimensões, e todas elas estão intimamente relacionadas, e os indivíduos atribuem-lhes distintos graus de prioridade e relevância no dia-a-dia.

No *continuum* de vida, que vai da independência total à dependência total, todas as actividades estão sujeitas a sofrer influência de vários factores: biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. A conjuração de todos estes conceitos converge para um outro componente que é a individualidade de vida de cada doente, pois o centro dos cuidados de enfermagem é a pessoa, neste modelo de enfermagem a família é considerada parte integrante da própria individualidade de cada doente (ROPER *et al*, 1996).

Quem cuida (enfermeiro), necessita saber os hábitos de vida da Pessoa e, como referem ROPER *et al*, o enfermeiro necessita sobretudo de saber o que o utente não consegue fazer independentemente, ficando habilitado, desde o início, a individualizar as suas acções com o utente, que é o principal alicerce de uma enfermagem individualizada. Nesta perspectiva e no centro do CUIDAR, o enfermeiro deve planear e partilhar as suas intervenções em colaboração com o utente, que salvo determinadas situações de saúde, é uma pessoa autónoma e com poder de decisão.

O modelo de enfermagem de Nancy Roper utilizado durante os estágios constituiu o modelo facilitador e orientador, para a planificação de cuidados e actividades de enfermagem direccionados ao doente neurológico, com principal enfoque na alteração da Actividade de Vida **Comunicar**. Ao considerarmos a alteração desta, é necessário providenciar medidas para o restabelecimento desse mesmo padrão, considerando as estratégias necessárias para ultrapassar as dificuldades decorrentes da progressão da doença neurológica. Mas considerando sempre o doente como um todo,

resultando do somatório de todas as partes intrínsecas e extrínsecas em particular a família e considerando ainda que a alteração de uma actividade de vida pode influenciar as restantes actividades de vida do doente.

O ser humano é um ser essencialmente social passando a maior parte da sua vida a comunicar com os outros sob diferentes formas. Comunicação não envolve apenas a linguagem verbal mas ainda a linguagem não-verbal. Esta actividade de vida promove uma interacção interpessoal e relacionamento humano que são dimensões importantes e fundamentais na vida.

Ao basearmo-nos neste modelo de desenvolvimento de competências de enfermagem, desenvolvido em contexto de estágio em interacção com o doente com afasia de compreensão, família, orientadores de estágio e demais profissionais, desenvolvemos conhecimentos. Neste processo de desenvolvimento de uma perícia avançada, o conhecimento adquirido resultou do trabalho individual, do diálogo colectivo, resultante da interacção com os outros, pois as compreensões partilhadas criam um todo maior do que a soma das partes. Desenvolvido num clima emocional e social, baseado na confiança, na sintonia e no sentido de responsabilidade e oportunidade.

Para BENNER (2005: p. 59), *“o conhecimento clínico é conseguido ao longo do tempo, e os profissionais, eles próprios, estão muitas vezes desatentos à sua aquisição”*. Nesta perspectiva, a questão principal concentrou-se em compreender como este processo de aprendizagem e aquisição de competências se deve desenvolver, no sentido de encontrarmos as melhores estratégias que possam contribuir para o nosso desenvolvimento profissional, no âmbito dos desafios que enfrentamos na nossa prática clínica diária com a pessoa afásica e família.

A formação especializada em Enfermagem iniciou-se na década de 60, com a enfermagem de reabilitação. Esta realidade visava dar resposta a problemas de grande dimensão à época. Efectivamente vivia-se o período da guerra colonial (que deixava pessoas e, especificamente homens jovens, altamente incapacitados), pelo que a enfermagem de reabilitação surgia como uma necessidade de resposta, mais alargada a estas situações, de modo a potenciar a minimização das disfuncionalidades e a sua reintegração activa na sociedade, dado que afectava uma franja da população em idade produtiva.

A área específica de enfermagem de reabilitação e a sua relevância actual é alicerçada em outros pressupostos que decorreram de novas realidades, tais como o aumento da sinistralidade, o aumento da longevidade e a prevalência crescente de doenças crónicas.

Os AVCs são a primeira causa comum de morbilidade e mortalidade na Europa. Em Portugal, são mesmo a primeira causa de morte e incapacidade (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Devido ao aumento da sobrevivência pós-AVC e do crescimento da população idosa, a sua prevalência tem vindo a aumentar, causando um tremendo impacto não só na própria pessoa mas também na sua família e na sociedade em geral. A expressão AVC, como é conhecido, refere-se a um conjunto de sintomas com alterações neurológicas e motoras durando pelo menos 24 horas e resultando em lesões cerebrais provocadas por alterações da irrigação sanguínea (MAUSNER, 1999).

Segundo LEAL (2003), as palavras constituem os principais sinais de linguagem verbal.

A comunicação é uma actividade social, rica e complexa, que envolve competências linguísticas, cognitivas e pragmáticas. Relativamente às competências linguísticas, temos então a *linguagem*, que corresponde a um sistema de sinais simbólicos utilizados por uma pessoa para comunicar com os outros. Uma linguagem eficaz implica diversos processos: o desenvolvimento dos pensamentos a serem comunicados, a selecção, a formulação e a ordenação das palavras, a aplicação das regras gramaticais e o início dos movimentos musculares para produzir um discurso falado ou escrito (HOEMAN, 2011). Na afasia, decorrente de um AVC ou outra situação patológica, muitos destes processos estão afectados.

A interacção com os outros e com o mundo é a nossa melhor aventura existencial. É do conhecimento geral o lugar que a fala ocupa nas inúmeras possibilidades de comunicação. Tendo em conta a crucial importância que a linguagem possui em todas as dimensões e actividades da nossa vida (social, afectiva, profissional, intelectual, etc.), não será difícil imaginar o impacto que a afasia provoca nas acções comunicativas, interactivas e interpretativas com as quais lidamos quotidianamente e que nos conferem uma identidade e reconhecimento social.

A linguagem representa uma das razões da singularidade cognitiva humana, possibilitando ou facilitando interacções cognitivas e sociais, permitindo ao sujeito

experimentar o mundo e compartilhar os seus conhecimentos. É, portanto, uma das mais importantes funções cognitivas humanas (TOMASELLO, 2003).

Cuidar constitui a base da profissão de Enfermagem. Entenda-se por cuidar um acto de vida, no sentido que representa a sua manutenção. Se para cuidar é necessário estabelecer uma relação, é requisito implícito estabelecer uma comunicação.

De acordo com SCHAFFLER e MENCHE (2004), a afasia é a alteração da fala devido a uma lesão do Sistema Nervoso Central (SNC), pela oclusão da artéria cerebral média esquerda, ocorre a alteração da compreensão ou da produção da fala.

Desta forma, tentámos ir ao encontro do que a Ordem dos Enfermeiros define no domínio de competências do enfermeiro especialista em reabilitação “*cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.*” (REGULAMENTO 125/11)

A definição de competências pode ser compreendida como um conjunto de capacidades humanas, que justificam um alto desempenho, fundamentada na inteligência, perícia e personalidade. Segundo PERRENOUD (1996), a competência é a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para fazer face a situações singulares. Neste contexto, as competências comuns, são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efectivo do exercício profissional especializado no âmbito da formação e acessória (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

O tipo de afasia é determinado pela localização da lesão neurológica que na maioria das pessoas se encontra no hemisfério esquerdo, sendo as principais a afasia de Broca, de Wernicke e global. Esta classificação é feita de acordo com 4 parâmetros de avaliação: a capacidade de nomeação, a fluência do discurso, a capacidade de compreensão auditiva de material verbal e a capacidade de repetição. Neste trabalho iremos abordar apenas a afasia de Wernicke, visto ter sido esta a consequência patológica mais encontrada em pessoas cuidadas durante os períodos de estágio.

A comunidade científica defende que a afasia não deve ser identificada simplesmente como um “problema neurológico” ou um “defeito de linguagem”, sendo inadequado estudar a afasia sem considerar a pessoa que a adquiriu bem como as pessoas que a rodeiam. Se não for tomada em conta a opinião de todos os intervenientes podemos correr o risco de apenas nos estarmos a limitar aos défices e negligenciamos

o impacto que estes têm na vida do indivíduo e dos seus parceiros comunicativos (LEAL, 2006).

Mais uma vez, sobressai aqui uma competência do enfermeiro especialista de reabilitação na medida em que ele “ *avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades*” (REG. 125/11).

AFASIA DE WERNICKE

A área de Wernicke constitui classicamente o elemento principal das partes posteriores da área da linguagem. Esta contém os mecanismos que permitem analisar a informação auditiva da linguagem, procedente da área auditiva primária. A lesão cerebral que dá origem à afasia de Wernicke normalmente situa-se na porção posterior da primeira circunvolução temporal.

Caracteriza-se por graves perturbações da compreensão, ao passo que a fluência do discurso é normal. Nesta alteração da linguagem, a expressão oral é fluida, espontânea e abundante, mas sem muito significado devido ao uso inadequado de palavras ou fonemas – parafasias. Quando a alteração é tão grande que torna a palavra ininteligível (na maioria dos casos, são palavras que não têm nenhuma semelhança com a palavra alvo e falamos de neologismos) e se houver grande alteração no processamento fonético, pode provocar um quadro de jargonofasia, na qual a produção verbal da pessoa é completamente ininteligível e o discurso é, na maior parte das vezes, desprovido de sentido apesar de as frases serem geralmente construídas segundo as regras gramaticais. A pessoa doente produz uma grande quantidade de discurso a débito normal mas com a sua estrutura morfológica muito alterada.

O que se revela interessante é o facto de, na maioria dos casos, a pessoa ser incapaz de reconhecer os seus erros, com a agravante de considerar que os não está a fazer (anosognosia). A repetição costuma ser afectada na mesma proporção que a compreensão e as capacidades expressivas da pessoa doente. A denominação está sempre alterada e a leitura, tanto na verbalização como na compreensão, fica alterada, porém varia no grau de comprometimento. A escrita também é afectada mas a capacidade grafomotora (automatismos, grafismo) fica preservada.

A alteração da compreensão pode ser grave ou moderada, mostrando-se mais acentuada para palavras isoladas do que para as frases onde há uma facilitação pelo contexto. Nos casos mais graves, o discurso torna-se incompreensível. Estas pessoas são

incapazes de repetir comandos em voz alta e considera a comunicação, que lhe é apresentada, uma língua estrangeira. Em casos menos graves, são capazes de repetir as palavras que ouvem mas pronunciam-nas e compreendem-nas de forma errada.

A incapacidade comunicativa afecta quase todas as actividades de vida mas principalmente as relações comunicacionais e interpessoais, que representam um grande peso em todas as áreas de participação, nomeadamente participação social. Outro aspecto que daqui sobressai é mais uma das competências que diz respeito ao enfermeiro especialista de reabilitação “ *capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania*”. (REG. 125/11)

Apesar do contínuo esforço para melhorar a relação com a diferença, ou seja, com pessoas que apresentam incapacidades, as pessoas com afasia estão sujeitas a barreiras comportamentais, falta de acesso a informação pertinente, diminuição do companheirismo com familiares e amigos, estatuto social marginal, rejeição estigmatização, falta de confiança e falta de auto-estima. A vida destas pessoas sofre drásticas mudanças, bem como a vida de todos os que as rodeiam, a sociedade em que estão inseridas e a comunidade em geral.

Para Freud, a linguagem não é o único meio de comunicação, mas certamente é o mais utilizado. Para ele as palavras suscitam afectos e são, de um modo geral um meio de mútua influência entre os seres humanos. A afasia enquanto alteração dos padrões de linguagem, é um problema que atinge a pessoa que dela sofre e as pessoas que com ela convivem. Ela interfere no funcionamento da família, exigindo uma reconfiguração dos papéis. Por ter um início súbito, não permite que ocorra uma preparação prévia para as mudanças nos padrões de vida e de relacionamento familiar que irão suceder.

A CIF é um sistema de classificação de saúde e dos estados com eles relacionados, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001. Este documento surge como uma versão extensivamente revista e aumentada da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada em 1980. Estabelece o conceito de incapacidade em múltiplas dimensões, incluindo estruturas e funções do corpo, actividades e participação e factores ambientais.

Actualmente, é requerido aos profissionais de saúde o máximo de funcionalidade com o mínimo investimento em tempo e recursos, o que os obriga a fazerem uma gestão no controlo do tempo, esforço e dinheiro (ROSS e WERTZ, 1999).

De acordo com as directrizes da CIF, o processo terapêutico deve capacitar a pessoa para que esta possa ter uma vida activa e participar em todas as situações de vida. Este objectivo provocou uma mudança na aplicação dos modelos de prestação de serviços de saúde, com implicações nas pessoas com problemas de comunicação.

A mudança implica a passagem do modelo médico para o modelo social. Este último modelo considera que a causa das dificuldades de comunicação pode também estar no contexto/meio. A CIF veio aumentar a consciência de que os factores ambientais tanto podem facilitar como, pelo contrário, podem impedir as funções corporais assim como a participação, chamando à atenção para a possibilidade do contexto social não ter em conta as necessidades das pessoas com problemas de comunicação (POUND *et al*, 2002).

A fim de caracterizar a Reabilitação, podemos dizer que reabilitar supõe a reconstrução total da vida de uma Pessoa. HALL e JOHNSTONE (1994), citados por HERBERT e GREGOR (2007), afirmam que o fim último da reabilitação é ajudar as pessoas a alcançar uma qualidade de vida satisfatória. A Enfermagem de Reabilitação dirige-se à pessoa, considerando-a um todo participante no seu processo de reabilitação e motivada para o seu pleno desempenho na família e na comunidade. Apesar dos avanços técnico-científicos, verificamos que os fundamentos da Reabilitação continuam hoje muito próximos do que eram no seu início, nos anos 40.

A Reabilitação pretende capacitar as pessoas com *deficits* para melhorarem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais. Compreende todo um programa durante o qual a pessoa doente progride para ou mantém o máximo grau de independência que é capaz. Os cuidados de enfermagem de reabilitação são um processo contínuo que também devem ser iniciados nos estadios iniciais da doença e que se podem estender para o resto da vida da pessoa, porque também assumem um carácter preventivo. Estes cuidados visam potenciar acções que o doente ainda é capaz de fazer e não têm como finalidade principal a cura.

A maior parte dos problemas que estas pessoas doentes apresentam requerem cuidados de enfermagem bem definidos mas que nem sempre são fáceis de implementar por recusa da pessoa doente ou porque a mesma não se implica activamente neles.

Assim, o domínio de competências específicas é a prestação de cuidados especializados, cimentados em sólidos e válidos padrões de conhecimentos. “*Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, pessoal e de contexto sociopolítico), actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação*” (OE, 2009, p. 20).

O enfermeiro especialista pretende ser um perito coerente e consciente, que dará suporte ao desenvolvimento das suas competências que colocará ao serviço na melhoria das respostas às necessidades dos cidadãos, logo e “*(...) tendo em conta a natureza dos cuidados de enfermagem, o poder sem excelência é inconcebível*” (BENNER, 2005: p. 195).

Ao prestar estes cuidados, temos de ter em conta que estas pessoas doentes estão a tentar adaptar-se a uma mudança súbita e trágica na sua vida e nem sempre é fácil lidar com alguns comportamentos que adoptam nesse processo. O contexto de mudança a que estão sujeitas é complexo: o contexto hospitalar, com tudo o que implica de procedimentos técnicos mais ou menos dolorosos e desconfortáveis, de rotinas nem sempre adequadas ao seu bem-estar, o afastamento dos familiares; ou os novos relacionamentos com os profissionais de saúde. Este novo contexto, o do internamento hospitalar, como refere SCAMBLER (1991: p.72), apesar “*de ser uma rotina para o pessoal hospitalar, ele constitui um acontecimento major na vida das pessoas e é frequentemente fonte considerável de ansiedade e stress*”. É também, como refere HENRIQUES (2004), o confronto com a paralisia, com tudo o que isso pode implicar na imagem corporal, com o estigma da deficiência, com a dependência dos outros para as necessidades mais básicas. E, finalmente, é a necessidade de se implicarem activamente num processo de reabilitação que lhes exige a aprendizagem de novas capacidades.

A reabilitação da pessoa afásica, mais do que um momento ou uma acção, deve ser um processo permanente de ajuda e descoberta de soluções e de adaptações novas, onde seja possível uma interacção positiva entre ela e o ambiente. Caso contrário, o percurso da reabilitação iniciada no hospital, (que inclui uma vasta sequência de processos apreendidos e treinados e de consciencialização progressiva), é interrompido e conseqüentemente assiste-se a um retrocesso no processo de recuperação.

Assim, é importante que o Enfermeiro conjuntamente com a equipa interdisciplinar esclareça a família/cuidador informal relativamente ao défice de comunicação da pessoa e as consequências que este pode produzir no seu comportamento, forneça informação relativa às formas de ajudar a pessoa e a família/cuidador a comunicar através de comportamentos de apoio e facilitadores da comunicação.

Mais uma vez, aqui é demonstrada outra das competências do enfermeiro especialista de reabilitação em que este *”discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com o prestador/cuidador e define com ela as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida”*. (REG. 125/11)

A pessoa afásica espera dos enfermeiros de reabilitação um importante contributo para a obtenção de ganhos em saúde num aspecto tão primário, e por isso tão importante, como é a necessidade de comunicar.

Embora na área interventiva muito já tenha sido investigado e analisado, vamos debruçar apenas sobre o modelo interventivo de TISSOT por considerarmos ser o mais adequado.

TISSOT (1986, p.5) refere que *“a obtenção da confiança do paciente e de seu meio é uma condição sine qua non de qualquer terapêutica fonoaudiológica”*. Para esta autora, os meios pedagógicos têm vital importância na reeducação da linguagem da pessoa afásica, nomeadamente os manuais cujas imagens são agrupadas sobre diferentes critérios, e que permitem uma excelente correspondência entre imagens e palavras e os que permitem trabalhar através de imagens verbos passivos e activos, adjectivos, sinónimos, antónimos, noções de espaço e tempo, conceitos concretos e abstractos. Realça ainda a importância da utilização de manuais escolares ricos em exercícios de vocabulário, gramática, leitura, ditado e aritmética, bem como os livros de histórias e de jogos educativos.

Os métodos audiovisuais, segundo a mesma autora, parecem ser um auxílio fundamental, contudo requerem algum cuidado na sua utilização, nomeadamente: o texto deve ser lido duas a três vezes, lentamente e a projecção de imagens devem permanecer o tempo suficiente para que possam ser apreendidas pela pessoa.

Perante o que foi dito, que é modelo daquilo que temos vindo a defender ao longo dos anos, e apesar da viragem em que se encontra a formação em enfermagem em Portugal, consideramos que a enfermagem de reabilitação vai continuar porque ela faz parte da árvore de que nos fala COLE (1993), citado por FISHAM (1996). Diz-nos que a Reabilitação é uma árvore. A terra onde a árvore cresce representa as ciências de onde a Reabilitação cresce; as raízes correspondem à Investigação; o tronco em constante expansão é comparável à prática, que é enformada pelas oportunidades; os ramos correspondem a todas as disciplinas de reabilitação; as folhas, que surgem e desaparecem em ciclos, são comparáveis aos profissionais; e, as flores e os frutos da árvore correspondem aos estudantes. São a maior beleza da árvore.

2 – METODOLOGIA

O plano metodológico de trabalho é uma das etapas fundamentais que permite a obtenção de metas e o consequente cumprimento dos objectivos propostos. Segundo POLIT e HUNGLER (1995, pág. 109), a metodologia (...) “*determina o plano geral do pesquisador para a obtenção de respostas a indagações de pesquisa e expressa as estratégias adoptadas pelo pesquisador para desenvolver informações precisas, objectivas e passíveis de interpretação*”

Para quê projectar o plano de actividades dos 3 períodos de estágio? Para planejar um futuro desejado em detrimento do possível. A enfermagem é uma das profissões que procura responder com eficácia na prestação de cuidados de saúde. Neste contexto de aprendizagem, desenvolvemos um plano de trabalho que nos permitiu aprimorar e ampliar a base científica de conhecimentos e competências no âmbito dos cuidados aos doentes com afasia de compreensão, constituindo uma mais-valia pessoal com repercussão na nossa prática clínica.

Tendo por base o objectivo definido para a elaboração deste trabalho, foi formulada uma questão de partida em formato PI[C]O: “*De que forma o enfermeiro de reabilitação (I), contribui para a recuperação da comunicação (O) do adulto com alterações neurológicas (P)?*”, a qual funcionou como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática de literatura (**Quadro I**).

Quadro I – Critérios para a formulação da questão de investigação

<u>Participantes</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Comparações</u>	<u>Outcomes</u>
Quem foi estudado?	O que foi feito?	Podem existir ou não?	Resultados/Efeitos ou consequências
Adultos com alterações neurológicas com alterações da comunicação	Qual o papel do enfermeiro de reabilitação		Permitir uma recuperação da comunicação com vista à sua reintegração familiar e social
PALAVRAS-CHAVE:	REHABILITATION NURSING COMMUNICATION		

A etapa seguinte baseou-se na pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO (CINAHL e MEDLINE Plus with Full Text). Foram seleccionados os artigos publicados em Texto Integral entre 2006/01/01 e 2011/04/01. Este espaço cronológico deveu-se ao facto de, após a leitura dos resumos dos artigos com datas anteriores a esta, abordarem preferencialmente a recuperação dos doentes com afasia de compreensão no sentido de aspectos muito relacionados com a recuperação fonoaudiológica, e directamente ligados aos terapeutas da fala. Na base internacional MeSH Browser, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, foram verificados os conceitos válidos para esta pesquisa. Assim, foram utilizadas as palavras-chave, com a seguinte sequência: **Rehabilitation AND Nursing AND Communication**.

Foram definidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, de modo a obter os artigos adequados à questão de partida e ao objectivo do estudo.

Como critérios de inclusão, foram considerados os artigos centrados na problemática da recuperação da comunicação da pessoa com doença neurológica, que através da revisão sistemática da literatura, clarificassem qual a importância do enfermeiro de reabilitação nestas pessoas. Os critérios de exclusão foram baseados nos artigos com metodologia pouco clara, com data anterior a 2006, pela razão acima exposta e todos aqueles sem relação com o objecto de estudo.

Desta forma, o percurso de pesquisa e selecção dos artigos iniciou-se pela pesquisa individual das palavras-chave, tendo-se posteriormente utilizado o filtro cronológico 2006-2011. De seguida, procedeu-se ao cruzamento dos conceitos da seguinte forma: Rehabilitation AND Nursing AND; Rehabilitation AND Communication AND Nursing AND Communication. Este processo encontra-se descrito no **(Anexo I)**. Com este cruzamento verificou-se que os artigos obtidos não eram direccionados para a pergunta PICO. Assim, fez-se a conjugação das palavras-chave: **Rehabilitation AND Nursing AND Communication**. Através desta pesquisa encontraram-se um total de 1061 artigos, aos quais se aplicou novamente o filtro cronológico e se acrescentou artigos com full text, tendo-se obtido 191 artigos. Destes, foram eliminados 188 artigos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Desta forma, foram seleccionados 3 artigos de acordo com a evidência demonstrada e apreciação crítica. Este processo metodológico encontra-se explicitado no **(Anexo II)**.

Os artigos seleccionados que viriam a servir de base para a elaboração da discussão e respectivas conclusões, foram submetidos a uma classificação por sete

níveis de evidência¹, de forma a ser mais perceptível a metodologia utilizada. Da análise dos referidos artigos, foram elaborados três quadros esquemáticos, dos quais consta o estudo, participantes, intervenções, resultados, número do artigo, nível de evidência e tipo de estudo (**Anexo III, IV e V**).

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

3 – ENSINO CLÍNICO: ANÁLISE REFLEXIVA

A enfermagem é uma profissão em que a comunicação interpessoal está omnipresente no desempenho diário e por essa razão foi nosso propósito desenvolver competências especificamente na área comunicacional, pois o exercício profissional exige cada vez mais que os enfermeiros mobilizem competências em comunicação.

De acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, após um período de ensino teórico seguiu-se o período de ensino clínico que se desenvolveu durante os 2º e 3º semestres e do qual faz parte a Unidade Curricular Estágio II e Relatório, sobre o qual incide este trabalho.

O processo de aprendizagem é um método contínuo de aquisição de conhecimentos actualizados e cientificamente comprovados. Todas as pessoas são responsáveis pela condução da sua própria formação, com o objectivo de desenvolver competências nos vários domínios do seu desempenho, o que pressupõe que façamos uma reflexão sobre as nossas acções, para assim compreender a razão desse mesmo processo de aprendizagem.

O saber profissional em enfermagem é um saber de acção. Não somente de execução ou reprodução de actos. É a capacidade de adoptar a conduta à situação fazendo apelo aos conhecimentos. Segundo ALARCÃO E RUA (2005), concebe-se hoje o conhecimento como dinâmico, personalizado, contextualizado, socialmente construído, interligado nas suas parcelas. Exige-se aos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes. Entende-se a formação como um processo de apropriação pessoal do saber em contextos interactivos.

No início de cada período de estágio, elaborámos um pequeno projecto que pretendia organizar a nossa intervenção nos diferentes campos de actuação. Nesses projectos, foram definidos os planos de actividades, com os respectivos objectivos gerais e específicos, os intervenientes implicados e a projecção cronológica das respectivas actividades.

No desenvolvimento das actividades, considerámos os princípios de aprendizagem colaborativa, valorizando a aprendizagem em grupo, a procura mútua de significados e o desenvolvimento das intervenções assentes na partilha com

profissionais, utentes/familiares e docentes, conjugando interesses para o trabalho activo nos diferentes contextos.

Concordamos com PERRENOUD (2000, pág. 23) quando afirma que *“as competências não se ensinam. Só podem ser criadas condições para que estimulem a sua construção”*. Neste âmbito, procurámos que a nossa formação contribuisse para a melhoria dos cuidados nos contextos de trabalho, identificando e validando problemas, mobilizando estratégias de análise quanto a possíveis intervenientes, questionamento crítico e reflexão, para uma tomada de consciência, precursoras de um agir conjunto e coerente (GONÇALVES e SERRANO, 2005).

Nesta perspectiva, ALARCÃO e RUA (2005) também defendem que a natureza do exercício profissional dos enfermeiros na actualidade e os caminhos da sua formação ganham sentido se perspectivados numa lógica de cruzamentos disciplinares de saberes interpessoais, inter-profissionais e inter-institucionais. Os estágios clínicos são momentos de aproximação à vida profissional e emergem como componentes relevantes no processo de formação.

A especialização em Enfermagem de Reabilitação pressupõe um conhecimento das principais áreas que a compõem, não apenas num contexto teórico mas também pela prática. Assim, a realização dos estágios nos distintos contextos, teve como finalidade principal o desenvolvimento de competências específicas em enfermagem de reabilitação que nos qualificassem com capacidades técnicas e científicas, éticas e humanas para intervir na diversidade dos vários contextos.

Passaremos a fazer referência às especificidades de algumas actividades/intervenções desenvolvidas em concreto em cada um dos estágios, directamente relacionadas com o tema do nosso trabalho, ou seja, a intervenção do enfermeiro de reabilitação com a pessoa com afecção do foro neurológico com alterações da comunicação.

3.1- CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO NÃO TRAUMÁTICO

O estágio neste contexto foi desenvolvido no Serviço de Medicina de um hospital central da cidade de Lisboa e decorreu no período de 4 a 29 de Outubro de 2010.

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

As pessoas internadas neste serviço apresentavam patologias designadamente de foro médico, cardíaco, pulmonar, hepático, hematológico, metabólico e neurológico. Nesta última área, essencialmente eram pessoas com acidente vascular cerebral isquémico, sendo para quem dirigimos preferencialmente a nossa intervenção em cuidados de reabilitação.

Contudo, também estendemos essa intervenção a pessoas com outras patologias, nomeadamente doentes mais debilitados, com alterações motoras e/ou alterações cognitivas.

Assentes nesta premissa, foi nosso objectivo desenvolver determinadas competências cognitivas, através da aquisição e do aprofundamento de conhecimentos que contribuíssem para a mobilização reflectida de saberes que fundamentassem a acção:

- Ⓢ comunicacionais, das quais fazem parte os comportamentos verbais e não-verbais, que funcionam como um meio de comunicação na interacção e de ajuda para o desempenho profissional;
- Ⓢ comportamentais, caracterizadas por uma conduta de respeito das normas e regras institucionais, pelas atitudes de respeito pelos outros, aplicando conhecimentos científicos, confrontando diversos tipos de saber, não esquecendo a complexidade subjacente à prática diária.

De todas as pessoas doentes a quem prestámos cuidados, para além das alterações motoras, grande parte também apresentava problemas da comunicação, nomeadamente as afasias e a disartria que são consideradas, a par das alterações motoras, das questões mais complexas e limitadoras, podendo estender-se a cerca de 50% dos sobreviventes (WADE, 1986).

Comunicamos com palavras, com o olhar, com o toque. Comunicamos enquanto cuidamos e cuidamos comunicando, revelando nesse acto o cariz humanista e ancestral da profissão. Neste sentido, as competências dos enfermeiros não se restringem a procedimentos técnicos; vão muito além do que poderá ser possível prever incluindo diferentes áreas e dimensões. Explorar os diferentes níveis de comunicação possíveis de estabelecer com pessoas doentes, limitadas por patologias ou em condições críticas,

exige dos profissionais de enfermagem disponibilidade e estratégias de comunicação específicas.

Segundo MILLER GUERRA, citado por LEAL (2006, p.19), “ *o disártrico deixou de poder falar e o afásico de saber falar*”

De acordo com os artigos seleccionados, os seus autores defendem que os enfermeiros necessitam de formação específica no que se refere aos problemas de comunicação para que se possam empenhar mais nos cuidados prestados a estas pessoas doentes, demasiadas vezes focados apenas nos procedimentos técnicos e descurando os aspectos relacionais e, com estes, a comunicação eficaz.

O termo **afasia**, segundo a DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2010), consiste numa perda total ou parcial das capacidades de linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita). A afasia segundo SALTER *et al* (2005) é definida como uma diminuição da capacidade da pessoa em comunicar através da linguagem, expressões ou compreensão e pode afectar todos os aspectos do desempenho da comunicação, como falar, ler, ou escrever.

Os diversos tipos de afasia classificam-se de acordo com os critérios de fluência, compreensão, nomeação e repetição. Iremos abordar apenas os cuidados de reabilitação prestados a pessoas com afasia de compreensão.

Durante este estágio, pudemos constatar e reflectir o papel activo e dinâmico da enfermeira especialista de reabilitação que representava um elo na ligação entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, intervindo sempre que considerava pertinente sobre particularidades identificadas. Com efeito, “*só a interdisciplinaridade permite abordar a complexidade das situações humanas, ultrapassando as abordagens redutoras que fragmentam e onde cada um tem a sua área de intervenção definida*” (HESBEEN, 2003, p.72).

A este nível procurámos ir ao encontro do que está definido no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista em reabilitação ao nível da gestão de cuidados, no qual reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável á prática (REG.125/11).

De forma a estabelecer a identificação de necessidades de forma personalizada e organizada para a elaboração de um plano de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, realizávamos a avaliação inicial tendo em conta a situação actual, a história clínica e familiar, as co-morbilidades e as limitações provocadas

quotidianamente pela sintomatologia, o que nos permitiu identificar necessidades na área da reabilitação e o potencial de resposta evolutiva de cada pessoa.

Esta avaliação constituía o ponto de partida para a elaboração do plano de intervenção individualizada, com objectivos e actividades a implementar atendendo ao rigor científico e técnico das intervenções, avaliando posteriormente a sua eficácia, reformulando sempre que necessário e garantindo a continuidade dos cuidados.

Segundo HOEMAN (2003, p.602-603),

“uma avaliação de enfermagem exaustiva, sob um ponto de vista holístico, no que diz respeito à comunicação, inclui informação relativa à história de saúde, estágio de desenvolvimento do utente, competências cognitivas e de comunicação prévias e competências de comunicação actuais (...) inclui a avaliação da linguagem, cognição, pragmática e da fala”.

Ao longo dos diferentes períodos de ensino clínico, procurámos ir ao encontro desta premissa também ela defendida pela OE na definição das competências específicas do enfermeiro especialista de reabilitação. Este *“identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas de todas as idades que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente (...)”* (REG.125/2011).

A avaliação cognitiva destes doentes contemplava:

- ⊗ estado de consciência (a pessoa está desperta, tem capacidade para fixar a sua atenção, reage aos estímulos externos, demonstra comportamentos de orientação);
- ⊗ concentração (a pessoa distrai-se com facilidade, é capaz de se concentrar, necessita de reorientação frequente);
- ⊗ memória recente (estado de orientação da pessoa, capacidade de aprender nova informação);
- ⊗ memória retrógrada (a pessoa é capaz de se lembrar do que já aprendeu);
- ⊗ formação de conceitos (a pessoa demonstra um pensamento concreto, é capaz de se abstrair, interpreta incorrectamente);
- ⊗ funções de execução (a pessoa é capaz de estabelecer os objectivos da comunicação, é capaz de tomar decisões relativas à comunicação) (HOEMAN, 2011).

A pessoa afásica, pelas suas dificuldades de compreensão, de expressão, de leitura e de escrita, fica muito limitada na sua participação na vida familiar, social e profissional. As intervenções de enfermagem têm assim como objectivo ampliar as capacidades diminuídas, maximizar os recursos e minimizar o impacto psicossocial.

De acordo com os artigos seleccionados que sustentam a prática, uma das incapacidades que os doentes neurológicos podem apresentar está relacionado com as dificuldades da interacção destes com o mundo que os rodeia. Mas esta limitação pode interferir directamente em todo o seu processo de reabilitação motora, uma vez que estes não conseguem compreender as instruções que lhe são transmitidas, o que leva muitas vezes ao isolamento familiar, dos amigos e da comunidade, resultando muitas vezes em quadros depressivos.

Procurámos desenvolver competências e capacidades inerentes ao processo de comunicar, sempre conscientes de que a comunicação está implícita no cuidar. Procurámos estabelecer uma comunicação eficaz, recorrendo a diversos instrumentos como papel, caneta, *dossier* com imagens e “quadros mágicos” (material existente na unidade) e valorizando aspectos como o olhar, a escuta, o toque, a distância, a postura física e o tempo de resposta, dando a possibilidade de os doentes expressarem as suas necessidades e dos enfermeiros responderem à sua satisfação, pela via do estabelecimento de uma comunicação eficaz.

Na pesquisa bibliográfica realizada, não existiu uma tendência geral quanto ao tipo de interacção que se deve estabelecer entre enfermeiro e pessoa doente ou sobre as influências que essa interacção pode provocar.

Mas o excesso de trabalho e o pouco tempo despendido por parte do enfermeiro nesta relação são razões apontadas por alguns autores como que elementos negativos para que a comunicação social e emocional seja limitada, bem como a cultura de saúde enfatizando as necessidades biomédicas em prol das necessidades psicossociais (POUND e EBRAHIM, 2000).

O mais importante na reabilitação destas pessoas com afasia pode passar por lhes oferecer uma linguagem funcional, pois importa que esta consiga comunicar através de meios alternativos. Só assim será vista pela sociedade como alguém que terá que buscar sempre a eficiência, dentro da deficiência.

Foi nosso objectivo facilitar a capacidade de compreensão e expressão das pessoas doentes, bem como reduzir a frustração destas relacionadas com a incapacidade de comunicar. Segundo PRESTES (1998), a condição psicológica do sujeito afásico é tão delicada que o menor sucesso pode motivá-lo intensamente, assim como um pequeno fracasso pode desencorajá-lo. Afinal, com a afasia perde-se um importante instrumento da subjectividade humana, a linguagem. É através dela que objectivamos os nossos pensamentos, sentimentos, sensações e ideias, dando um sentido a eles e tornando-os elementos de uma realidade compartilhada.

Segundo alguns estudos consultados, é de extrema importância que se consiga estabelecer entre o enfermeiro e o doente uma comunicação eficaz para que se consigam fomentar verdadeiras relações terapêuticas e tentar negociar os cuidados que lhe são prestados. De acordo com ANDERSON e ADAMSEN (2001), os enfermeiros tendem a focalizar os cuidados físicos e interagir de uma forma rotineira e superficial, existindo uma limitada interacção social e emocional.

Ao longo dos dias e das conversas que fomos tendo com estes doentes tivemos como objectivo prepará-los, motivá-los, orientá-los e encaminhá-los para a sua reabilitação e para a futura vida em sociedade. O nosso papel visou essencialmente ajudar os doentes e suas famílias a superar da melhor forma possível esta situação de dificuldade.

De salientar mais uma vez outra das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação no que diz respeito a estes aspectos: *“ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicilio/comunidade)”* (REG. 125/11).

Muitos dos doentes com afasia de compreensão apresentavam também défices motores severos o que dificultou todo o processo linguístico e comunicacional. Nestes casos, tentámos que a pessoa e a família/cuidador recorressem aos sistemas de comunicação não-verbal, nomeadamente o uso de cadernos com símbolos (feito pelos próprios), cadernos com elementos mais representativos (objectos, fotografias, imagens representativas dos actos da vida quotidiana), pictogramas; combinação de símbolos pictográficos (semelhança com o objecto que representa como, por exemplo, cadeira, casa...) e ideográficos (sugerem o conceito que representam; por exemplo, sentimentos).

Identificámos o potencial de reabilitação dos doentes delineando objectivos com estes e para estes, tendo em conta os recursos mobilizáveis ao nível da família, no serviço e instituição, definindo estratégias de intervenção com a equipa interdisciplinar. Salientamos que o relacionamento com a equipa foi sempre facilitador, bem como com os familiares, embora os constrangimentos destes para a reintegração de alguns destes doentes, sejam nalgumas situações difíceis de ultrapassar. A articulação e empenho de toda a equipa e doentes e seus familiares são o que permite garantir a continuidade de cuidados e recuperação no domicílio ou em centros de reabilitação, com benefícios na redução do tempo de internamento apenas ao necessário.

No sentido de planear o regresso a casa, consideramos fundamental o envolvimento da pessoa/família a fim de os considerar os principais autores no processo de cuidados, como refere HOEMAN (2003, p.127) quando defende que:

“ O papel do enfermeiro de reabilitação é determinante para uma reintegração na comunidade bem sucedida. A reintegração na comunidade bem sucedida pode conseguir-se quando os utentes são envolvidos no plano de alta, quando são encorajados a manter o controlo do seu meio ambiente e a assumir a responsabilidade do seu plano de manutenção da saúde e dos seus comportamentos.”

Tivemos também oportunidade de realizar o planeamento do regresso a casa identificando os recursos locais a mobilizar, assim como as necessidades de ensino/orientação quer do doente quer dos familiares, realizando encaminhamento de doentes para a equipa de cuidados continuados. Tivemos ainda a oportunidade de realizar uma candidatura à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, elaborando sempre uma carta de transferência de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A avaliação dos cuidados prestados foi efectuada com a avaliação contínua do estado do doente, pelos registos de enfermagem de reabilitação e sua evolução, bem como pela leitura e comparação dos parâmetros obtido nas escalas usadas. Daqui emerge mais uma das competências comuns do enfermeiro especialista em reabilitação no sentido que este avalia os resultados das intervenções implementadas (REG. 125/11).

Consideramos que as nossas intervenções e o nosso papel como enfermeiros de reabilitação foram surgindo de forma progressiva e com crescente autonomia. Realizámos, de forma sistemática, ensinamentos oportunos dirigidos ao cuidador informal, nas horas de visita estipuladas. Consideramos este como um aspecto muito positivo, pois permite um envolvimento da família nos cuidados, possibilitando à família ganhar confiança na equipa e serve de foco de segurança para o esclarecimento de dúvidas,

desmistificação de medos face à realidade, favorecendo a preparação do regresso a casa de forma mais consciencializada. De referir que aos doentes para quem elaborámos planos de cuidados foram realizados ensinamentos exaustivos aos cuidadores sobre tudo o que envolvia o seu familiar, os seus comportamentos face às actividades, como estimular, fazer, demos sugestões para modificações no domicílio, aquisição de material adaptativo, etc. De destacar que as famílias dos doentes a quem fizemos ensinamentos sempre se mostraram motivadas, empenhadas e atentas aos mesmos.

O desenvolvimento de todas estas actividades permitiu-nos adquirir e aprofundar conhecimentos, e constituíram uma mobilização reflectida de saberes que fundamentaram as nossas acções. Permitiram-nos identificar necessidades deste tipo de doentes, analisar e interpretar a informação recolhida, planificar actividades de acordo com cada situação, justificar as acções desenvolvidas e a repercussão destas no estado clínico do doente.

Todas as actividades foram desenvolvidas de forma apoiada em condutas de respeito pelas normas e regras institucionais, pelo respeito pelos outros, aplicando conhecimentos científicos e confrontando diversos tipos de saber. Permitiram-nos melhorar a destreza manual e utilizar o material adequado a cada situação, não esquecendo a complexidade subjacente à prática diária perante o doente com afasia de compreensão.

A metodologia de trabalho utilizada foi a de enfermeiro responsável pelos doentes distribuídos. A presença permanente junto dos doentes, aliada à capacidade que desenvolvemos com a prática clínica, permitiu-nos detectar precocemente sinais de mudança do seu estado clínico e reagir perante situações imprevistas e complexas, proporcionando uma intervenção adequada no sentido de prevenir possíveis complicações.

3.2 - CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO TRAUMÁTICO

O estágio no âmbito deste contexto foi realizado no Serviço Neurocirurgia I UCI de um hospital central da cidade de Lisboa e decorreu de 24 de Janeiro a 18 de Fevereiro de 2011.

De salientar que faremos apenas abordagem às actividades específicas desenvolvidas no âmbito da comunicação com o doente crítico, estando todas elas descritas no projecto que foi elaborado no início do ensino clínico. (ANEXO VII)

Dentro das patologias do foro neurocirúrgico, as mais frequentes são traumatismos crânio-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais, malformações vasculares, tumores com metástases cerebrais, aneurismas, politraumatizados.

Pelas características transversais das pessoas com patologia neurocirúrgica, todos as pessoas aqui internadas apresentavam alterações reais ou potenciais, principalmente a nível da ventilação/ oxigenação, linguagem, na mobilidade, eliminação, alimentação e alterações na auto imagem, apresentando um grande impacto nas actividades de vida diária, bem como na sua qualidade de vida. O enfermeiro de reabilitação tem, portanto, de levar em conta todos estes focos, de forma a corrigir as alterações identificadas, otimizar a funcionalidade e preparar a pessoa / família para o regresso a casa.

Segundo DEJONG *et al.* (2005), os impactos das lesões cerebrais podem variar entre leves mudanças cognitivas e psicossociais até deficiências físicas graves, problemas comportamentais e cognitivas e perdas sensoriais. Como resultado, muitas vezes pela natureza das sequelas a longo prazo e, conseqüentemente, incapacidade após as lesões cerebrais, muitas das necessidades das pessoas e das suas famílias passam pela satisfação das suas necessidades básicas.

O trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos é um desafio constante que impõe rigor, conhecimento, empenho, desenvolvimento de habilidades, concentração e sensibilidade. A pessoa encontra-se vulnerável e dependente de toda uma equipa que lhe presta cuidados.

De acordo com PONTES, LEITÃO e RAMOS (2008), a comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. É pela comunicação estabelecida com a pessoa doente que se pode compreendê-la globalmente, isto é, o seu modo de pensar, sentir e agir. Comunicar faz parte do dia-a-dia de todos nós, que vivemos em sociedade; é um dos nossos atributos mais notáveis e constitui uma necessidade inata que torna possível a manifestação ou exteriorização do que se passa no interior de cada um. “*Dois pessoas em co-presença comunicam necessariamente entre si, porque «todo o comportamento é comunicação»*” (RIBEIRO, 2005, p. 248).

Quer isto dizer que “a capacidade de o ser humano comunicar-se com outras pessoas é inerente ao comportamento humano.” (STEFANELLI *et al* in STEFANELLI e CARVALHO, 2005, p.1).

Também CINTRA, NISHIDE e NUNES (2003) referem-nos que o doente crítico tem privação sensorial, barreiras corpóreas para tocar o próprio corpo e não tem o contacto diário habitual com a família, para além da existência de barreiras para sua comunicação verbal (entubação, traqueostomia, cateter nasal). Tudo isso altera a sua auto-estima, auto-imagem e a própria capacidade de recuperação.

Na opinião de ROSENHEIR, LUNARDI e FILHO (2008), o processo de comunicação torna-se particularmente importante em doentes críticos, dado que são sujeitos na maioria das vezes a tratamentos invasivos, agressivos e até mesmo dolorosos. As suas vivências são descritas como permeadas pela solidão e desamparo, em que se sentem controlados por meio de máquinas e hesitantes diante da incerteza dos seus destinos; desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente com o desencadeamento de reacções que variam do silêncio ao choro e à agitação.

A comunicação nesse sentido pode ser o alicerce das relações entre os profissionais e as pessoas doentes. Por meio dos vínculos estabelecidos, podemos esperar uma pessoa que coopera no dia-a-dia para o sucesso da sua recuperação ou indiferente diante da sua realidade e com um nível de frustração patológico, que formará uma grande barreira em todo o seu processo de cura, desencadeando ou até mesmo abreviando o seu processo de morte (*idem*).

Quando nos deparamos com este tipo de pessoas confrontadas com um ambiente hostil, onde as dúvidas e medos são muitos, torna-se imperiosa e imediata a necessidade de desenvolver competências que permitiam interpretar todo o tipo de mensagens que procuram transmitir e minimizar todas as dificuldades de comunicação que possam decorrer de factores de ordem física, psicológica, sociocultural ou ambiental.

Compreender e ser compreendido na comunicação com pessoas doentes com lesão cerebral requer entender o outro, bem como as suas preocupações e atitudes e passa essencialmente por sairmos de nós próprios e colocarmo-nos em sintonia e interagir com ele

Ficaram a nosso cargo doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva estando incapacitados de comunicar verbalmente e muitos deles também através da escrita, por motivos vários, entre os quais se destacam o efeito da sedação e curarização. Outras vezes, por necessidade de contenção dos membros em doentes agitados.

O facto de não poderem expressar suas emoções, sentimentos e necessidades era gerador de mudanças de comportamento, que iam desde a passividade, à indiferença e até à agressividade.

Durante o estágio, tentámos valorizar a comunicação não-verbal uma vez que esta envolve todos os sentidos e assume particular importância nas situações em que a capacidade verbal se encontra afectada. A comunicação não-verbal poderá ser definida como toda a informação que é obtida por meio de gestos, de posturas corporais, de expressões faciais, da relação de distância mantida entre as pessoas, ou ainda “*pela presença de rubor, sudorese, tremores, lacrimejamento, palidez. Essa forma, no entanto, precisa ser validada, pela verbal.*” (STEFANELLI in STEFANELLI e CARVALHO, 2005, p. 31). Um exemplo disso foi a observação de manifestações orgânicas, como alterações dos sinais vitais (frequência cardíaca, tensão arterial), sudorese, agitação psicomotora, que correspondiam a formas de comunicação do doente e que se definem como respostas emocionais a estímulos exteriores.

É importante que os enfermeiros compreendam as manifestações corporais dos doentes. As expressões faciais podem ser mais importantes que as palavras faladas. GROSS (1990), citado por CARIS-VERHALLEN (1999), afirma que a componente não-verbal da comunicação compreende 55 a 97% da mensagem transmitida. Segundo SILVA (2005, p. 59), “*O profissional de saúde, por meio da sua postura, de seu olhar, de seu toque e de seus gestos, consegue aliviar a condição de fragilidade do paciente, ajudando-o a manter sua dignidade, tratando-o como ser humano*”.

De acordo com vários autores consultados, podem ser adoptadas várias estratégias comunicacionais para os doentes que se encontram impossibilitados de comunicar verbalmente. Desta forma, em algumas situações recorreremos do fornecimento de papel e lápis ao doente até à criação de quadros de imagens, quadros de letras, quadros com frases mais frequentes e até tentámos estabelecer códigos que implicavam o piscar de olhos, o acenar com a cabeça e levantar e baixar os dedos, as mãos ou os braços. Estas estratégias destinavam-se a proporcionar ao doente, apesar de impedido de o fazer pela via habitual, a possibilidade de poder manter as suas relações com as outras pessoas, exprimindo as suas emoções, sentimentos, opiniões, necessidades, ou seja, de poder manter a comunicação com os outros.

GONÇALVES (2008) salienta que a opção pela utilização da Comunicação Alternativa e Suplementar (CAS) no doente crítico faz a diferença entre a comunicação e a não comunicação. Segundo o mesmo autor, a comunicação alternativa é definida como uma área de actuação clínica que objectiva compensar (temporária ou permanentemente) as dificuldades de pessoas com perturbações graves de expressão, isto é, prejuízos severos da fala, linguagem e escrita) e consiste num grupo integrado de componentes, incluindo símbolos, estratégias e técnicas usadas pelos usuários para realizar a sua comunicação. O seu objectivo primordial é facilitar a participação desses doentes em vários contextos comunicativos, permitindo a sua inserção social.

Podemos então concluir que para comunicar é essencial realizar a leitura dos movimentos do outro, implicando sempre o respeito pela pessoa, enfatizando não só as palavras mas também os gestos, emoções e todos os factores, já referidos, passíveis de facilitar ou condicionar o processo de comunicação tão importante no cuidar em enfermagem.

Os *deficits* cognitivos que atingem uma pessoa com lesão cerebral determinam frequentemente, e em grande medida, a reconfiguração de papéis familiares. Numa lógica de trabalho de reabilitação na preparação do regresso a casa destes doentes, torna-se indispensável trabalhar com a família, evitando uma lógica de enfoque apenas na pessoa doente, mas pensando-a como parte de um todo, em função do qual se conceptualiza e operacionaliza o plano de intervenção.

Desta forma, outro aspecto que consideramos importante foram as oportunidades que tivemos de reduzir as barreiras de comunicação com a família, utilizando uma terminologia clara, compreensível, disponibilizando-nos para esclarecer as suas dúvidas e preocupações e recorrendo ao toque, como gesto tranquilizador. Muitas vezes um enfermeiro depara-se com situações perante as quais se sente incapaz de oferecer o seu apoio e compreensão através da comunicação verbal; também aqui o recurso ao toque poderá ser uma boa solução.

Portanto, torna-se importante também planear os cuidados de acordo com as necessidades da família e não apenas com as da pessoa doente (BROOKS *et al*, 2007).

De salientar que, como referem os autores de um dos artigos seleccionados a comunicação entre os prestadores de cuidados e o doente durante as suas actividades humanas básicas é facilitada através do toque, o que faz com que sintam que não foi abandonado e promove a proximidade e o sentimento de afinidade entre eles.

A enfermagem de reabilitação tem aqui um campo de intervenção poderoso, dinâmico e, sem dúvida, complexo, onde todas as acções desenvolvidas deverão ser convergentes e sinérgicas, segundo uma estratégia com objectivos comuns entre a equipa interdisciplinar. Promover acções para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, com o intuito de manter as suas capacidades funcionais e cognitivas e otimizar a qualidade de vida dos utentes, família e comunidade, a sua socialização e a sua dignidade são responsabilidades do enfermeiro especialista de reabilitação.

Mais uma vez, podemos realçar outra das competências específicas do enfermeiro de reabilitação em que este concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade (REG. 125/11).

O ensino clínico constitui um período de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde específicos, a fim de desenvolver capacidades, atitudes e competências. Neste sentido, ALARCÃO e RUA (2005) consideram que os contextos de trabalho são o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, com o *saber fazer* e o *saber ser* da acção, construindo o saber cognitivo, saber emergente de reflexão na acção.

3.3 – COMPONENTE OPCIONAL: CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA INTERNADA NUMA UNIDADE DE DOENÇA CEREBRO VASCULAR

Este estágio foi realizado no período de 28 de Fevereiro a 25 de Março de 2011, na Unidade Cérebro Vascular de mesmo hospital central da cidade de Lisboa. Esta componente surgiu como uma oportunidade que nos foi concedida pela Escola de podermos seleccionar, de acordo com as nossas motivações e vontades individuais, um campo de intervenção especializado na área em estudo.

Cuidar da pessoa com AVC em fase aguda, constituiu um projecto profissional traçado já há algum tempo e é nessa linha que surge a vontade de nos tornarmos peritos nesta área da enfermagem de reabilitação, intervindo com a pessoa com AVC.

Cuidar de uma pessoa com sequelas de AVC é algo que nos motiva e nunca nos deixou indiferente, tanto como pessoas, como profissionais. No início do ensino clínico à semelhança dos anteriores foi elaborado um projecto onde constam as actividades desenvolvidas por nós. **(ANEXO VIII)**

Ao longo do ensino clínico, tivemos oportunidade de prestar cuidados de reabilitação a várias pessoas doentes com patologias muito semelhantes, embora todas experiências diferentes. Sendo a grande maioria situações com AVC's isquémicos ou hemorrágicos em fase aguda, em que as alterações identificadas eram predominante na linguagem, sensitivas, motoras e de equilíbrio e algumas com alterações a nível da cognição. Outras situações houve como AIT's, lesões ocupando espaço, inicialmente tomadas como lesão por AVC.

Este ensino clínico revestiu-se de um conjunto de particularidades que se distinguem dos restantes. Poder observar a dinâmica inerente às passagens de turno, foi igualmente de fulcral importância. O facto de estas se caracterizarem por uma abordagem metódica e interdisciplinar, que reflecte a atenção a aspectos não só de intervenção, como de avaliação contínua a todos os níveis (cognitiva, motora, neurológica, familiar, ...), permitia uma reflexão diária sobre a pertinência de uma interligação efectiva de saberes e áreas de intervenção. O facto de se assistir a visitas na presença de médicos neurologistas, de medicina interna e neurorradiologistas, permite perceber todo o percurso do utente dentro da unidade, saber que exames auxiliares de diagnóstico lhes são prescritos e como interpretá-los.

Nesta unidade foi possível observar uma dinâmica de funcionamento na qual os diferentes profissionais têm espaço para interagir de forma a complementar na discussão da melhor abordagem a realizar, tendo em conta as particularidades de cada situação (clínica e psicofamiliar) inerente à pessoa internada. Sendo uma UAVC, existe uma vaga sempre disponível para eventual entrada de um doente para trombólise. Este constituiu de início um dos objectivos que foi satisfeito com alguns doentes, em que valeu pelas alterações significativas da linguagem (afasia de expressão, compreensão e de nomeação) e alterações motoras que três horas após a trombólise apresentavam uma melhoria significativa.

Esta intervenção implica uma avaliação sistematizada dos *deficits* apresentados e das melhorias que ocorrem a nível de estado mental (nível de consciência, orientação, ritmo de discurso e compreensão) e da função motora e a aplicação da escala de NIHSS, de acordo com o protocolo.

Em doentes com alterações da linguagem, afasia de expressão (Broca), de compreensão (Wernicke) ou mesmo globais realizámos alguns exercícios para avaliação de *deficits* e treino da linguagem como ler e apontar palavras e desenhos nomeados, dizer e treinar as vogais, realizar contas aritméticas simples, escrever o nome, entre outras tarefas que permitiam exercitar o raciocínio, a percepção espacial, a linguagem falada e compreendida.

Num dos estudos seleccionados, em que os investigadores analisaram o tipo de conversa dos doentes com afasia, chegou-se à conclusão que este tipo de doentes participa no tema da conversa e utilizam uma ampla gama de recursos incluindo tons, gestos e outros (GOODWIN, 1995).

De referir também que para estes doentes é muito difícil mudar o tema da conversa por iniciativa própria, uma vez que recorrem a um contexto sequencial para permitir aos seus parceiros a compreensão do que estes pretendem dizer (LESSER e PERKINS, 1999).

Segundo LHERMITTE (1986), citado por SOUSA (2009, p.27), *“a reeducação de uma afasia é em grande medida marcada pela adaptação ao próprio paciente, aos seus hábitos profissionais e culturais, à sua família, ao meio em que está inserido, à sua personalidade e idade”*.

Neste tipo de afasia, a linguagem caracteriza-se pela presença de parafasias. A pessoa aparenta ter perdido o controlo da manipulação dos traços pertinentes dos fonemas e do seu uso implícito em ordens e séries. Aparentemente, parece ter perdido o valor dos traços distintivos dos fonemas, impedindo a diferenciação dos significantes entre si (ex: rato-patosaco).

Segundo TISSOT (1986), a reeducação destes doentes tem como objectivo restabelecer a correspondência entre os sons que a pessoa emite sem dificuldade e as formas vocais correspondentes com os respectivos símbolos gráficos. Deverão ser trabalhadas também as noções de tempo e espaço, recorrendo a objectos para as noções espaciais e a história com imagens sequenciais para as noções temporais e é importante que tome consciência da sucessão lógica dos acontecimentos e os consiga interligar.

Tentámos com este tipo de doentes iniciar a etapa da repetição para que eles conseguissem eliminar as parafasias. Das palavras monossilábicas, passámos gradualmente aos polissílabos, utilizando a sua fragmentação e, posteriormente, a correspondência de um significado a cada sílaba. Para superar as paralexias e as paragrafias, tivemos oportunidade de exercitar a leitura em voz alta e a escrita sob ditado, aumentando a sua complexidade. Por último, passámos à narração de acontecimentos da vida diária, notícias de jornais e revistas.

Embora os familiares estejam disponíveis para participar no processo de reabilitação, o seu envolvimento é apenas limitado à informação relacionada com os cuidados a prestar à pessoa. Querer reabilitar o indivíduo com incapacidade, sem envolver a família, será abrir caminho ao desentendimento do viver em conjunto (MARTINS, 2002), pelo que é importante que os profissionais de saúde tenham conhecimentos sobre “unidade familiar” e as suas relações, respeitando a particularidade das suas necessidades.

A doença não afecta somente o indivíduo mas também toda a sua família, como temos vindo a reforçar ao longo deste trabalho. Assim, segundo MOREIRA (2001), cuidar do doente implica cuidar da família. O princípio da participação familiar, é um valor estruturante para “desenhar” um plano de reabilitação e desenvolvimento e deverá ser uma forma de obter, por parte da pessoa e família, ajuda para a gestão do seu processo adaptativo. O ensino à pessoa e família é de extrema importância pois favorece a transmissão de conhecimentos acerca das condutas necessárias durante a doença e a convalescença, para que se tornem o mais autónomo possível (HENRIQUES, 2004).

Assim, a intervenção do enfermeiro de reabilitação deve basear-se em três objectivos principais: informar, formar e apoiar a família. Daqui constatamos que um dos primeiros passos a dar é integrar, desde o momento inicial, a família neste processo de readaptação, neste processo de “renascer”. Como sempre, a preparação do regresso a casa deve ser programado desde o momento do acolhimento no serviço, em conjunto com a pessoa doente e a sua família.

MARTINS (2006) refere-nos que a família assume papéis distintos mas simultâneos. Podem ser receptores de cuidados e, ao mesmo tempo, parceiros no cuidar. Como receptores, precisam de informação e acompanhamento por parte dos profissionais, de forma a serem capazes de assumir o papel activo na prestação de cuidados à pessoa, assim como na tomada de decisões em relação ao cuidado à pessoa.

Neste sentido, é de primordial importância que o enfermeiro de reabilitação seja capaz de proporcionar à família um conjunto de conhecimentos, capacidades e recursos da comunidade que lhes permitam ajudar o seu familiar dependente em alguns cuidados, na gestão da terapêutica, na prevenção de complicações e no seu bem-estar emocional.

Daqui emerge mais uma das competências específicas do enfermeiro de reabilitação no que diz respeito à promoção da mobilidade, da acessibilidade e à participação social (REG. 125/11).

O processo de formação nos contextos de ensino clínico constitui um processo de auto-regulação, que nos permitiu mobilizar conhecimentos adquiridos durante o ensino teórico e prático, num contexto de experiências adequadas para o desenvolvimento de competências no domínio intelectual, como a análise, a resolução de problemas e o pensamento crítico, visando enfrentar a complexidade das situações, do dia-a-dia através de julgamentos éticos e morais que exigem uma avaliação constante de conceitos.

Para ALARCÃO e RUA (2005, pág. 53):

“A competência é hoje em dia, entendida de uma forma holística, pragmática e interactiva. Concebe-se como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes, e revela-se nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias. Não se manifesta num aspecto específico. Reconhece-se pela presença de um conjunto de relações que estão na base de um exercício competente da profissão. É a capacidade global da pessoa manifestada na acção e na situação.”

Este período de aprendizagem contribuiu para cimentar um método de trabalho mais estruturado e representa a base de desenvolvimento de mais actividades e competências necessárias para abordar e seguir outros caminhos e rumos enquanto enfermeiros especialistas em reabilitação.

No desenvolvimento das actividades consideram-se os princípios de aprendizagem colaborativa, valorizando a aprendizagem em grupo, a procura mútua de significados e o desenvolvimento das intervenções, assentes na partilha, entre formandos, docentes e profissionais da prática clínica, conjugando interesses comuns e o trabalho activo desenvolvido nos diferentes contextos. Neste âmbito, procurámos que a nossa formação contribuisse para a melhoria dos cuidados nos contextos de trabalho, identificando e validando o problema inicial, mobilizando as estratégias de análise quanto aos possíveis intervenientes, questionamento crítico e reflexão, para uma tomada de consciência, precursoras de um agir conjunto e coerente (GONÇALVES e SERRANO, 2005).

As actividades desenvolvidas possibilitaram-nos aprendizagem e enriquecimento pessoal, condizente com um grau de maior exigência e rigor das nossas intervenções enquanto pessoas e profissionais. A possibilidade de conhecer outras áreas de intervenção favoreceu, não só a aquisição de novas competências no âmbito da reabilitação do doente com afasia de compreensão, como nos proporcionou uma análise sobre a nossa prática diária, permitindo-nos reflectir de modo a melhorar a prestação de cuidados de enfermagem de crescente complexidade a pessoas nesta situação.

Estamos cientes de que as nossas intervenções foram realizadas para dar sentido e resposta às necessidades dos doentes, familiares ou pessoa significativa e com a preocupação da defesa da sua liberdade e dignidade enquanto pessoa.

Neste sentido, BENNER (2005) refere que os enfermeiros à medida que adquirem competência profissional substituem as práticas de rotina por uma actividade mais criativa, desenvolvendo capacidades de integrar, seleccionar e reajustar os conhecimentos a cada nova situação. Assim, as competências desenvolvidas foram resultantes da reflexão crítica sobre as práticas e da reconstrução permanente de uma identidade pessoal. Permitiram-nos *“um nível de desenvolvimento profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”* (OE, 2003, pág. 16). Proporcionaram-nos ainda a capacidade de prestar cuidados em domínios distintos: prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

Em suma, depois de tudo o que foi descrito anteriormente podemos afirmar que a intervenção do enfermeiro de reabilitação junto das pessoas com doença neurológica com alterações da comunicação revela-se como um aspecto muito importante porque dele depende muito a sua recuperação.

Numa sociedade que nem sempre responde com eficácia às necessidades das pessoas com limitações, impõe-se um desafio a reabilitação assumida por nós como acreditar no ser humano, rompendo a máscara da doença e as suas limitações e descobrir no seu EU as capacidades que o fazem uma pessoa singular.

Reabilitar pessoas nesta situação implica ajudá-las a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela optimização dos recursos externos, quer pela ajuda prestada na descoberta, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual, capaz de contribuir para a efectivação do seu projecto de saúde, assistindo-as nas fases de reacquirição e autonomia.

Revemo-nos integralmente na citação metafórica de HESBEEN (2003, p. 14) que refere: *“o prestador de cuidados é alguém que oferece àquele que cuida um mapa das estradas. Este mapa não indica o caminho por onde deve seguir, mas mostra os diferentes locais onde se pode ir e os inúmeros caminhos para lá chegar”* Desta forma, trabalha-se para responsabilizar a Pessoa pelo seu próprio percurso. Os enfermeiros deverão ser facilitadores que oferecem apoio, estímulo e motivação, factores imprescindíveis no processo de aprendizagem e do reencontro com a harmonia do Ser.

4 – CONCLUSÃO

Atendendo à sua finalidade, que visa potenciar uma recuperação e reintegração da Pessoa, diminuindo a deficiência, a incapacidade ou desvantagem, o processo de reabilitação é único e singular, afasta a mera associação de actos ou técnicas pontuais, pois o seu sucesso depende da continuidade, coordenação e interrelação do trabalho interdisciplinar de vários profissionais. A compreensão da reabilitação implica o conhecimento da Pessoa nas dimensões deficiência, incapacidade ou desvantagem, e no modo como ela percepção a sua nova realidade. É insuficiente a recuperação da função motora, sensitiva ou de comunicação, pois é necessário que o faça de forma consciente para que seja autónoma no seu auto cuidado, no seu meio familiar, ou simplesmente que aceite as suas incapacidades.

A noção actual da reabilitação implica uma participação cada vez maior da Pessoa na determinação e na escolha definitiva no seu processo de reabilitação, na avaliação dos resultados das diferentes fases e em toda e qualquer adaptação de alteração do processo.

A reabilitação, para além de permitir enfrentar a situação presente, deve preparar para situações que se sabe ou se teme que irão acontecer no futuro.

Estes objectivos, inserem-se na combinação de recursos, no esforço conjunto de uma equipa, que com especificidades diferentes, se complementam para que a pessoa encontre o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca, mesmo que esse equilíbrio se traduza pela transformação e integração das alterações no seu projecto de vida.

A reabilitação abrange, pois, um grande número de áreas, que vão desde a estimulação precoce à educação para a saúde, à formação profissional e ainda, a nível social, não esquecendo a sua articulação com a família.

Na profissão de enfermagem, a comunicação faz parte integrante da nossa prática sendo fundamental investirmos sempre algo de nós, não esquecendo as crenças, valores, desejos e necessidades do utente enquanto pessoa, com um nome, uma profissão, uma família, uma história, e que, em determinada fase da sua vida, porque necessitam dos nossos cuidados, cruzam o nosso caminho enquanto profissionais e pessoas que somos.

É também importante reflectir que a comunicação eficaz, o diálogo, a partilha e o interesse pelo semelhante não devem ser reservados aos utentes mas dedicados a todos, incluindo os profissionais de saúde.

As actuais e perspectiváveis alterações demográficas e sociais no futuro próximo, tornam a qualidade dos cuidados à pessoa doente com afasia, bem como os seus consequentes reflexos ao nível da saúde e qualidade de vida da população em geral, uma dimensão importante dos cuidados de saúde, onde a enfermagem de reabilitação tem um papel activo. Deste modo, torna-se premente a investigação que permita compreender com maior acuidade a experiência e os problemas das pessoas com afasia de compreensão, possibilitando o conhecimento daí decorrente, a optimização e adequação da actuação do enfermeiro de reabilitação junto desta população com necessidades específicas. Simultaneamente, a implementação na prática, de inovação, a par da adaptação de experiências de sucesso noutros contextos, pode ser uma via de desenvolvimento da profissão promovendo o incremento do seu saber nesta área, bem como a sua visibilidade social.

Muito ficou por dizer relativamente à comunicação promovida pelo enfermeiro especialista de reabilitação mas estamos conscientes de que os conhecimentos adquiridos e consolidados com a elaboração deste relatório foram importantes para a nossa formação e crescimento pessoal e profissional.

Salientamos que pela importância e pelas vivências que a Enfermagem nos proporciona a nível das relações com os outros, é de toda a importância a comunicação como um instrumento valioso ao nosso dispor, a fim de podermos efectivamente ajudar os outros e de construirmos a enfermagem como desejamos e queremos.

A efectiva atitude comunicativa interfere na qualidade do cuidar em enfermagem e é um desafio que cada profissional deverá interiorizar e no qual deverá acreditar. Importa sublinhar que os presentes módulos de ensino clínico contribuíram para a aquisição de uma metodologia de trabalho mais estruturada que venha a servir de ferramenta para desenvolver as competências necessárias para abordar outros assuntos enquanto especialistas, reforçando o desenvolvimento das competências necessárias.

Essa metodologia implica estratégias de identificação do problema, colheita de dados pertinentes e sua análise, investigação, implementação de soluções e avaliação dos resultados num ambiente de partilha dentro da equipa e com outros grupos que comungam dos mesmos problemas.

Terminado este período formativo, consideramos ter atingido os objectivos e as

competências a que nos propusemos inicialmente, reunindo as competências actualmente preconizadas, na Carreira de Enfermagem para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (125/11, Artigo 4).

Esta aprendizagem foi centrada nas nossas próprias vivências, no modo como desenvolvemos estratégias de formação, com um saldo que consideramos positivo, tendo colhido uma impressão favorável da nossa integração nos diversos módulos.

Esperamos num futuro próximo, através do desempenho destas funções, contribuir de forma consistente para a qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento da profissão, através das acções que venhamos a desenvolver no terreno, pelo contributo para a formação de futuros profissionais e colegas ou pela investigação sustentável nos nossos serviços que possa ajudar a alargar as bases científicas que fundamentam a nossa *praxis*.

Um dos objectivos primordiais dos cuidados de saúde actuais é a promoção da saúde e a adopção de comportamentos e atitudes que promovam os cuidados primários e é fundamental reter a nossa função enquanto educadores para a saúde, mesmo quando a nossa actuação é essencialmente hospitalar. Julgamos que é dever do Enfermeiro Especialista a manutenção de uma conduta e um comportamento adequado que possa constituir um exemplo em termos profissionais. Impõe-se uma atitude de cordialidade, dignidade e respeito pelos valores éticos que enformam a profissão.

As actividades desenvolvidas possibilitaram-nos a aprendizagem e enriquecimento pessoal conducente a um maior grau de adequação das nossas intervenções. A possibilidade de conhecer outras áreas de intervenção favoreceu uma introspecção acerca da nossa prática quotidiana permitindo-nos uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de crescente complexidade.

Pela análise do relatório efectuado há dois aspectos que são muito relevantes e que merecem menção especial. O primeiro reforça a necessidade de aquisição, manutenção e aperfeiçoamento de competências relacionais que são um pilar no dia-a-dia do enfermeiro, sem o qual a sua prática resulta sempre incompleta, pois é do enfermeiro a responsabilidade pela qualidade da comunicação entre si e o cliente, enquanto elemento mais experiente acerca da doença e numa posição de maior conforto e capacidade de manobra.

O segundo é que não é possível descurar o aspecto técnico estrito e que é essencial um domínio teórico da nossa área de intervenção sem o qual não é possível abarcar o vasto leque de acção da especialidade.

Ser enfermeiro especialista passa também pela procura do grau de excelência dos cuidados a prestar ao cliente e respectiva família, onde predominam competências especializadas que devem ir ao encontro das necessidades identificadas ou manifestadas pelo próprio.

Os artefactos produzidos pelos enfermeiros de reabilitação, por vezes simples e artesanais encerram a grande complexidade da arte de cuidar, cujo sentido se alicerça na relação que cada profissional estabelece com a pessoa doente.

O sentido dos cuidados de enfermagem de reabilitação é o sentido da dádiva que só engrandece quem participa na sua construção.

Terminamos este trabalho citando Hesbeen (2003, p.176): *“Cuidar é o que humaniza os prestadores de cuidados (...), quem somos nós senão ‘parteiros da comunicação’? E a comunicação não nasce senão na confiança e no desejo.”*

5- BIBLIOGRAFIA

- ✓ ALARCÃO, I., RUA, M. (2005) – **Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências.** Texto e Contexto Enfermagem – Revista Científica, Vol. 14, Nº3, Lisboa. ISSN: 373-382.
- ✓ ALMEIDA, A., SILVA, I. (2004) - **Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico.** Nursing, 193 (11), 15-20.
- ✓ ANDERSON C. & ADAMSEN L. (2001) - **Continuous video recording: a new clinical research tool for studying the nursing care of cancer patients.** Journal of Advanced Nursing 35(2), 257–267.
- ✓ ASTROM M., ADOLFSSON R. & ASPLUND K. (1993) - **Major depression in stroke patients: a 3-year longitudinal study.** Stroke 24, 976 – 982.
- ✓ BENNER, Patrícia (2005) – **De iniciado a Perito: Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem.** Tradução de Ana Albuquerque Queirós com a colaboração de Belarmina Lourenço. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97.
- ✓ BOSS, Barbara J; ABNEY, Kay L. (2000) - Comunicação: Linguagem e Pragmática. In:HOEMAN, Shirley P. - Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo. 2ª ed. Loures:Lusociência, p. 589-620. ISBN 972-8383-13-4.
- ✓ BROOKS, N., CAMPSIE L., SYMINGTON C., BEATTIE A. & MCKINLAY W. (2007) – **The effects of severe head injury on patient and relative within seven years of injury.** Journal of Head Trauma Rehabilitation 2, 1-13.
- ✓ CALDAS, Alexandre C. (2000) - **A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano.** Lisboa: McGraw-Hill. ISBN972-773-041-8.
- ✓ CARIS-VARHALLEN, Wilma M-C.M. et al. (1999) - **Non-verbal behaviour in nurse – elderly patient communication.** Journal of Advanced Nursing: Oxford. 29:4, p. 808-818.
- ✓ CINTRA, E., NISHIDE, J., NUNES, M. (2003) - **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** (2.ª ed.) São Paulo: Atheneu.

- ✓ COLLIÈRE, M. (1989) - **Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- ✓ DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro. **Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros**, p. 2960.
- ✓ DEJONG, G., BATAVIA, A. & WILLIAMS J. (2005) – **Who is responsible for the life long wellbeing of a Pearson with a head injury?** Journal of Head Trauma Rehabilitation 5, 9-22.
- ✓ DIÁRIO DA REPÚBLICA 2ª SÉRIE nº 35/2011 de 18 de Fevereiro. **Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.** Pág. 8658.
- ✓ DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003) - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.** Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- ✓ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010) – **Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos.** LIDEL. ISBN: 978-972-757-661-6.
- ✓ ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM, (2011) – **Documento Orientador à Elaboração do Relatório – Obtenção Grau de Mestre.** Santarém. Autor
- ✓ ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM, (2009) – **Regulamento do Curso de Mestrado.** Santarém. Autor
- ✓ FERREIRA, M., MIRANDA, E. (2007) - Novas estratégias da equipe e familiares na comunicação com o paciente. Acedido em Junho 29, 2011 em pbh: http://www.pbh.gov.br/smsa/saudeonline/artigo_novas_estrategias_eunice_e_mariana.pdf
- ✓ FISHAM, H. C. (1996) - **Tratando adolescentes com problemas: uma abordagem da terapia familiar.** (M. A. V. Veronese, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- ✓ FREUD, S. (1923) – **O Ego e o ID.** Edição electrónica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago.
- ✓ GONÇALVES, Ilda e SERRANO, Teresa (2005) – **Desenvolvimento de competências na formação dos enfermeiros. O uso de “Portfolio” na formação complementar em contexto de prática. In Os “Portfólios Reflexivos (Também) trazem gente dentro.** Reflexões em torno do seu uso na

- humanização dos processos educativos. 1ª edição, Porto: Idália Sá-Chaves, Porto editora. ISBN 972-0-34737-6.
- ✓ GONÇALVES, M. (2008) - **O significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI: como o fonoaudiólogo pode ajudar?** O Mundo da Saúde São Paulo, 32 (1), 79-84.
 - ✓ GOODWIN C. (1995) - **Co-constructing meaning in conversations with an aphasic man.** Research on Language and Social Interaction 28(3), 233–260.
 - ✓ GORDIM, L., PHANAEUF, M. (2000) - **Manual de Enfermagem: Utilização dos diagnósticos de enfermagem.** Trad. Maria Teresa Serpa. Lisboa: Instituto Piaget.
 - ✓ GORDON, C., ELLIS-HILL, C., & ASHBURN, A. (2009) - **The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke.** Journal Of Advanced Nursing, 65(3), 544-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x Disponível em: Persistent link to this record (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010188968&site=ehost-live>
 - ✓ HENRIQUES, Fernando (2004). **Paraplegia. Percursos de Adaptação e Qualidade de Vida.** Coimbra, Formasau.
 - ✓ HERBERT, Rosemary; GREGOR, Frances (2007) – **Quality of Life and Coping Strategies of Clients with COPR.** Rehabilitation Nursing, volume 22, Number 4, Pag. 182-187.
 - ✓ HESBEEN, Walter (2003) – **A Reabilitação: Criar Novos Caminhos.** Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN 972-8383.
 - ✓ HOEMAN, Shirley P.(2003) – **Bases Conceptuais da Enfermagem de Reabilitação.** In. Hoeman Shirley P., Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação. (3ª Ed.).Loures: Lusociência.
 - ✓ HOEMAN, Shirley P. (2011) - **Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados.** 4ª Ed., Loures, Lusodidacta.
 - ✓ KEROUAC, et al. (1995) – **La Pensée Infirmière.** Paris: Editions Studes Vivantes.
 - ✓ LEAL, G. (2003) – **A influência de uso das palavras na capacidade de nomeação dos afásicos.** Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

- ✓ LEAL, G. (2006) – **Avaliação funcional da pessoa com afasia: Construção de uma escala.** Re(habilitar)- Revista da ESSA, nº3, Edições Colibri, pág 7-24.
- ✓ LE BOTERF, Guy (2006) - **Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar.** Lisboa: Pessoal, Nº46. P. 60-63. ISSN 0870-3027.
- ✓ LESSER, R. & PERKINS, L. (1999) - **Cognitive Neuropsychology and Conversation Analysis in Aphasia – an Introductory Casebook.** Whurr Publishers Ltd, London.
- ✓ MARTINS, M.M. (2002) – **Uma crise acidental na família: o doente com AVC.** Coimbra: Formasau. ISBN 972-8484-30-1
- ✓ MARTINS, T. (2006) – **AVC – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores.** Formasau. Coimbra
- ✓ MARUJO, Joaquim Pereira (1994) - **A Comunicação Como Paradigma da Qualidade.** Enfermagem em foco. Lisboa. Ano IV: 15 p.48-53.
- ✓ MENDES, I. (1994) - **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem.** São Paulo: Sarvier.
- ✓ MLCOCH, A., METTER, E. (2008) – **Medical Aspects of Stroke Rehabilitation.** In Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders, (Ed. Chapey, R.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pág. 42-63.
- ✓ MOREIRA, C; MOLEIRO, M; TOMÁS, M. (2001) – **Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica,** Sinais Vitais, 32.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários.** Lisboa: Grafinter, ISBN 972-99646-0-2.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - **Proposta de Sistema de Individualização das Especialidades de Enfermagem.** Lisboa: Assembleia-Geral da Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem/Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista (Caderno Temático).** Ordem dos Enfermeiros [em linha]. [Consult. 2011-07-15]. Disponível:
em:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno_Tem_tico_MDP_Sist_Ind_CI_nicaas_em_Enfermagem_versao_final_novo.pdf>

- ✓ OLIVEIRA, A., GRAVETO, J. (2004) - **Comunicação, um verdadeiro meio da essência de ser enfermeiro.** Pensar Enfermagem, 8 (1), 35-37.
- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003) - **Acidente Vascular Cerebral.** [em linha]. (consult. 2011-08-12) disponível em: <http://www.acidentevascularcerebral.com/causas-do-avc.html>
- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004) - **Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde.** Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- ✓ ORIÁ M., MORAES L., VICTOR J. (2004) - **A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado.** Revista Electrónica de Enfermagem, 6 (2), 41-45.
- ✓ PEARSON, A. (1998) – **Modelos de Enfermeria y Equipo de Trabajo Multidisciplinario.** In: Kershaw, B. ; Salvage, J. Ed. Modelos de Enfermeria Barcelona: Doyma.
- ✓ PEREIRA, M. Sardenberg, T; MENDES, H; OLIVEIRA, R. (2004) - **Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria.** Ciência & Saúde Coletiva, 9 (4), 1013-1022.
- ✓ PERRENOUD, Philippe (2000) – **Porquê construir competências a partir da escola?** Desenvolvimento de autonomia e luta contra as desigualdades. Porto: Asa Editores.
- ✓ PHANAEUF, M. (2005) - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência.
- ✓ POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P (1995) - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ✓ PONTES, A., LEITÃO, I., RAMOS, I. (2008) - **Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado.** Revista Brasileira de Enfermagem Reben, 61 (3), 312-318.
- ✓ POSLAWSKY, I., SCHUURMANS, M., LINDEMAN, E., & HAFSTEINSDOTTIR, T. (2010) - **A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia.** Journal Of Clinical Nursing, 19(1-2), 17-32. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03023.x Disponível em: Persistent link to this record (Permalink):

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010510235&site=ehost-live>

- ✓ POUND P. & EBRAHIM S. (2000) - **Rhetoric and reality in stroke patient care**. Social Science and Medicine 51, 1437–1446.
- ✓ POUND, C.; PARR, S.; LINDSAY, J.; WOOLF, C. (2002) - **Beyond aphasia. Therapies for living with communication disability**. Oxon UK: Speechmark Publishing Ltd.
- ✓ PRESTES, V. M. M. (1998) - **Afasia e plasticidade cerebral**. Revista CEFAC. Disponível em: <http://www.cefac.br/library/teses>. Acesso em 09 SET 2011.
- ✓ RAMOS, M. (2008) - **Comunicação e saúde em contexto multicultural**. Brasil: Encontro de Estudos Multidisciplinares em Faculdade de Comunicação.
- ✓ REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE) – Decreto – Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro.
- ✓ RIBEIRO, Agostinho (2005) - **O corpo que somos: Aparência, Sensualidade, Comunicação**. Casa das letras. 2.ª Edição. ISBN: 972-46-1434-4. 303.
- ✓ ROPER, N., LOGAN, W., TIERNEY A. (1996) - **The elements of nursing: a model for nursing based on a elements of living**. 4ª ed, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- ✓ ROSENHEIN, D., LUNARDI, V., FILHO, W. (2008) - **Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva**. Revista Electrónica de Enfermagem, 10 (4), 1041-1049.
- ✓ ROSS, K. B., WERTZ, R. T. (1999) - **Comparison of impairment and disability measures for assessing severity of, and improvement in, aphasia**. Aphasiology,13, 113-124.
- ✓ ROTH, F. & WORTHINGTON, C. (1997) – **Treatment Resource Manual for Speech-Language Pathology**. London: Singular Publishing Group.
- ✓ SALTER, K., TEASSEL R., BHOGAL S., FOLEY N., ORANGE JB & SPEECHLEY M (2005) – **Evidence-Based Review of Stroke**

- Rehabilitation, Aphasia.** Departments of Physical medicine and rehabilitation. London, Ontario, Canadá.
- ✓ SCAMBLER, Graham, (1991) - **Sociology as Applied to Medicine.** London, W. B.Saunders Company Ltd.
 - ✓ SHAFFLER, Arne, MENCHE, Nicole (2004) – **Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem.** Lusodidacta. ISBN 9789728383787.
 - ✓ SILVA, A., MARTINHO, A., FERREIRA, G., SERRALHEIRO, J., PACIÊNCIA, J. (2006) - Técnicas de comunicação com o doente ventilado. *Sinais Vitais*, 68, 49-53.
 - ✓ SILVA, M.J.P. (2005) - Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8. Ed. São Paulo: Loyola, pp. 47-61.
 - ✓ STEFANELLI, Maguida Costa (2005) - **Conceitos teóricos sobre comunicação.** In: STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos de - **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** Manole. ISBN: 85-204-2196-2. 159p.
 - ✓ SORENSON, B., NIELSON, C., & HOUNSGAARD, L. (2008) - **Rehabilitation of people with cognitive problems: findings from a field study.** *British Journal Of Neuroscience Nursing*, 4(8), 382-388. Disponível em: Persistent link to this record (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010025734&site=ehost-live>
 - ✓ SOUSA, P. M. L. (2009) – **Afasia – Como Intervir.** www.psicologia.com.pt.
 - ✓ TISSOT, A.(1986) – **Reeducação do Afásico Adulto.** São Paulo: Livraria Roca.
 - ✓ TOMASELLO, M. (2003) – **Constructing a language. A usage based theory of language acquisition.** Cambridge: Harvard University Press.
 - ✓ TOMEY, Ann Marriner, ALLIGOOD, Martha Raile (2004) - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra.** Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-74-6
 - ✓ WADE, D., LANGTON et al (1986) - **Stroke – a critical approach to diagnosis, treatment and management.** London: Ed. Chapmanand Hall.

ANEXOS

ANEXO I

CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE

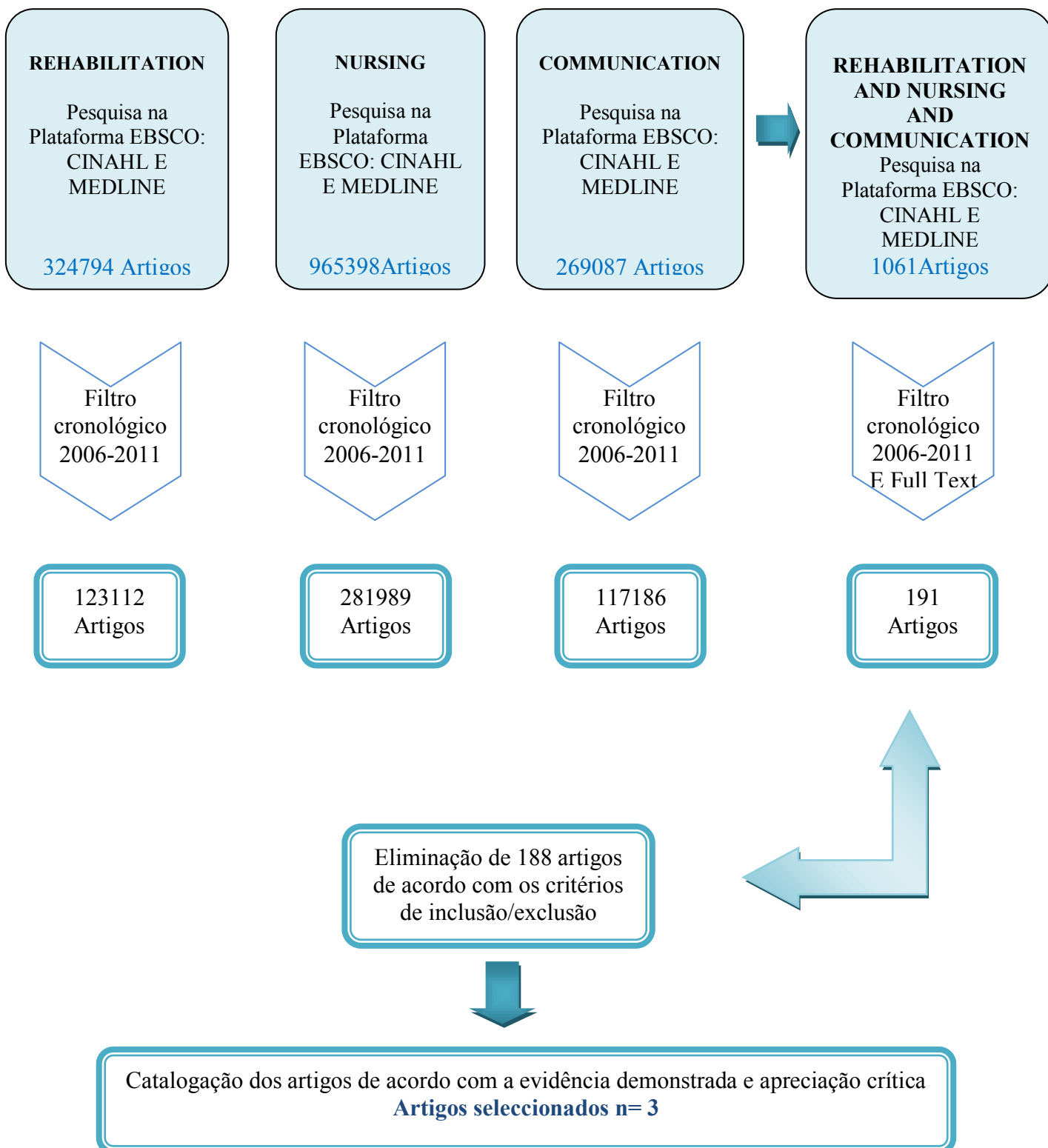
CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE

CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE	NÚMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS NA PLATAFORMA EBSCO: CINAHL E MEDLINE SEM FILTRO CRONOLÓGICO	NÚMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS NA PLATAFORMA EBSCO: CINAHL E MEDLINE COM FILTRO CRONOLÓGICO 2006-2011
Rehabilitation and Nursing	23855 artigos	3033 artigos
Rehabilitation and Communication	10192 artigos	2091 artigos
Nursing and Communication	33394 artigos	7458 artigos
Rehabilitation and Nursing and Communication	1061 artigos	191 artigos

ANEXO II

PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DOS ARTIGOS

PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DOS ARTIGOS



ANEXO III

ANÁLISE DO ARTIGO “ The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke”

Análise do artigo “The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke”

<i>Estudo</i>	The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. Clare Gordon, Caroline Ellis-Hill & Ann Ashburn 2008	
<i>Participantes</i>	14 profissionais de enfermagem e 5 pacientes com afasia ou disartria de um serviço de reabilitação num hospital comunitário	
<i>Intervenções</i>	Estudo observacional recorrendo a gravações de vídeo e notas de campo das conversas entre os enfermeiros e os pacientes com défices de comunicação.	
<i>Resultados</i>	Este estudo teve como objectivo que os enfermeiros necessitam de formação específica no que diz respeito aos problemas de comunicação para que desta forma se possam empenhar mais nos cuidados a estes doentes. É necessário que o enfermeiro estabeleça uma comunicação efectiva com os doentes com afasia pós AVC para que estes sejam capazes de compreender as informações orais ou escritas que lhe são transmitidas. Um dos objectivos da reabilitação destes doentes consiste na negociação que o enfermeiro é capaz de estabelecer com eles, de forma a desenvolver objectivos para a reabilitação.	
<i>Nº de Artigo – 81</i>	<i>Nível de Evidência – V</i>	<i>Tipo de Estudo – Qualitativo</i>

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

studies; Level VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study; Level VII: Evidence from the opinion of authorities and /or reports of expert committees

ANEXO IV

ANÁLISE DO ARTIGO” A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia”

Análise do artigo “A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia”

<i>Estudo</i>	A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. Irina E Poslawsky, Marieke J. Schuurmans, Eline Lindeman and Thóra B. Hafsteinsdóttir 2009	
<i>Participantes</i>	Pacientes com problemas de comunicação especificamente afasia durante a fase aguda ou crónica do processo de reabilitação após um AVC.	
<i>Intervenções</i>	Foram analisados estudos tais como meta análises, revisões sistemáticas, estudos randomizados, descritivos e de caso, todos eles relacionados com o tratamento e manutenção ou para melhorar a comunicação de pacientes com afasia após um AVC.	
<i>Resultados</i>	A contribuição da enfermagem para a reabilitação de pacientes com afasia é relevante. A utilização do rastreio e através de instrumentos específicos utilizados pelos enfermeiros durante as 24 horas que passam junto destes pacientes permite detectar precocemente sinais e sintomas da afasia, condição prévia para que se possa iniciar todo o processo de reabilitação da comunicação. É importante que as intervenções destes profissionais sejam eficazes recorrendo para isso a meios de comunicação alternativa disponíveis. Todas as intervenções dos profissionais de enfermagem devem estar inseridas no seio de uma equipa interdisciplinar em que todos os profissionais trabalham para alcançar o mesmo objectivo, ou seja, a recuperação destes pacientes.	
<i>Nº de Artigo – 67</i>	<i>Nível de Evidência – I</i>	<i>Tipo de Estudo – Revisão Sistemática</i>

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

ANEXO V

ANÁLISE DO ARTIGO “Rehabilitation of people with cognitive problems: Findings
from a field study”

Análise do artigo “Rehabilitation of people with cognitive problems: Findings from a field study”

<i>Estudo</i>	Rehabilitation of people with cognitive problems: Findings from a field study. Birgitte Sorensen and Catherine Sand Nielsen 2008.	
<i>Participantes</i>	10 pacientes com lesão cerebral adquirida e problemas cognitivos e todos os enfermeiros de um serviço de um hospital dinamarquês que tinham experiência profissional entre os 6-27 anos.	
<i>Intervenções</i>	Foi utilizado o método de observação participante e realizadas conversas informais com os enfermeiros no período que decorreu entre os turnos. Foram posteriormente realizadas também entrevistas semi-estruturadas com as enfermeiras no final de cada período de observação.	
<i>Resultados</i>	O estudo mostrou que a enfermagem de reabilitação desempenha um papel central no que diz respeito à integração da pessoa com problemas cognitivos sejam eles de que ordem forem. Desta forma permite que as pessoas se tornem o mais autónomas possíveis em todas as vertentes da sua vida, seja ela, social, familiar, etc.	
<i>Nº de Artigo – 98</i>	<i>Nível de Evidência – V</i>	<i>Tipo de Estudo – Misto</i>

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

ANEXO VI

PROJECTO DE ENSINO CLINICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS À
PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO NÃO
TRAUMÁTICO



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

**PROJECTO DE ESTÁGIO
ENSINO CLINICO II
2º SEMESTRE**



Formanda: Sandra Asper nº 090430017
Enfermeira Orientadora: Elsa Folgado
Docente Orientador: Professor José Lourenço

**Lisboa
Outubro 2010**

ÍNDICE

	Pág.
1 INTRODUÇÃO	3
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO	5
3 PLANO DE ACTIVIDADES	6
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	14

1 – INTRODUÇÃO

No decurso do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CPLEER), a decorrer na Escola Superior de Saúde de Santarém, são solicitados a realização de Ensinos Clínicos. O presente trabalho delinea linhas orientadoras para a execução do projecto de estágio do Ensino Clínico I. O projecto é um instrumento de mudança, é através dele que a pessoa constrói o seu processo de aprendizagem e se desenvolve, tornando-se mais crítica, confiante e exigente em relação à realidade, sendo capaz de intervir de modo profícuo e direccionado na sociedade.

Os Ensinos Clínicos fazem parte de um processo de ensino/aprendizagem ao longo da vida. Pretendem assim, que se adquiram competências ao nível do domínio pessoal e ético-deontológico, relacional, metodológico, técnico-científico e educativo-pedagógico para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem à pessoa, às famílias, aos grupos e comunidade ao nível da prevenção primária, secundária e terciária nas suas múltiplas dimensões.

A Reabilitação é um processo global dinâmico e contínuo dirigido ao ser humano ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as aptidões e capacidades fundamentais tão rapidamente quanto possível, para o exercício de uma actividade considerada normal no âmbito do seu projecto de vida. Já o Enfermeiro de reabilitação é o profissional que, de acordo Comissão de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, visa integrar a pessoa como um ser uno e indivisível, com um projecto de vida e de saúde, em que procura o equilíbrio e harmonia; a acção do enfermeiro de reabilitação desenvolve-se de forma a potenciar o projecto de saúde que cada pessoa vive e persegue.

O Ensino Clínico I, será realizado no serviço de Medicina do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, e decorrerá de 4 a 29 de Outubro de 2010 com um total de 100 horas, e sob a orientação da Sr.^a Enfermeira Especialista em Reabilitação Elsa Folgado. O serviço de Medicina é constituído por doentes cuja avançada média de idades aumenta francamente o seu grau de dependência, já por si elevado, pela multi-patologia. Torna-se portanto imperativo prestar cuidados Especializados de Enfermagem de

Reabilitação, direccionados para pessoas com problemas e/ou disfunções neurológicas não traumáticas, devendo atender às necessidades reais dos utentes, realizando, para tal, cuidados individualizados que respeitem a dignidade e autonomia, permitindo uma tomada de decisão consciente e informada.

O plano de actividades é por mim encarado como um instrumento orientador do ensino clínico no qual pretendo delinear objectivos específicos, e as respectivas actividades a desenvolver assim como a delimitação do tempo em que me proponho a atingir esses mesmos objectivos, tendo em conta os objectivos gerais definidos pela escola, e a especificidade do serviço de medicina.

Este Ensino Clínico poderá ser visado, como um momento fulcral para integrar de forma coerente os conteúdos adquiridos na fase teórica do curso e relacionar com a sua relevância na prática e aquisição de competências no domínio específico da reabilitação.

A finalidade deste projecto é delinear as minhas actividades ao longo deste ensino clínico. A necessidade de planear e enumerar as actividades a desenvolver no decurso do mesmo e os objectivos a atingir estão na origem deste projecto.

Este trabalho está assim dividido em duas partes: um capítulo onde é realizada uma breve contextualização do serviço de medicina do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE e um outro capítulo onde são definidos os objectivos as actividades a desenvolver e a respectiva calendarização prevista para este campo de estágio.

2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Este ensino clínico será realizado no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE (Hospital S. José), em Lisboa. Este serviço localiza-se no último piso do edifício principal e é composto por um total de sessenta e cinco camas, dividindo-se em enfermaria de homens, enfermaria de mulheres e unidade de cuidados intermédios. Os doentes internados neste serviço têm patologias de foro médico, cardíaco, pulmonar, hepático, hematológico, metabólico, neurológico, etc. Do foro neurológico, essencialmente são doentes com acidente vascular cerebral isquémico (AVC).

A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira chefe, três enfermeiras especialistas em reabilitação uma na área de gestão e outras duas na prestação directa de cuidados, e enfermeiros generalistas (graduados e nível I). A equipa de enfermagem roda de quatro em quatro semanas por esta unidade e pelas duas enfermarias.

As enfermeiras especialistas de reabilitação dão apoio a todas as enfermarias da medicina, sendo da sua responsabilidade a avaliação, o planeamento e a execução das actividades a realizar no âmbito da reabilitação do doente/família inserido na sua comunidade.

De seguida apresento o plano de actividades que me proponho desenvolver no decorrer deste ensino clínico.

1. PLANO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVO GERAL:

Desenvolver competências relacionais, científicas e técnicas necessárias à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa/família, com situações de doença e/ou deficiência cerebrovascular, numa perspectiva holística e tendo em vista a reabilitação e reintegração social, e visando a sua independência máxima.

Objectivos específicos	Actividades	Intervenientes	Calendarização
▪ Compreender a dinâmica de funcionamento do serviço de Medicina, identificando situações de maior complexidade que beneficiem da actividade do enfermeiro de	▪ Observação e análise dos documentos e protocolos existentes no serviço, principalmente os que mais dizem respeito às funções do enfermeiro de reabilitação, tais como, tomar conhecimento dos registos e respectivos impressos, utilizados pelo enfermeiro de reabilitação, escalas utilizadas, documentos de alta e/ou encaminhamento para as diferentes instituições;	<ul style="list-style-type: none">• Enf.^a Orientadora• Enf.^a Chefe• Equipa multidisciplinar	1º e 2º dia de estágio e durante a 1ª semana de estágio

reabilitação.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento da equipa multiprofissional (médico, enfermeiro, fisiatra, terapeutas, assistente social, dietista, assistentes operacionais, ...). ▪ Articulação entre os diferentes profissionais, principalmente ao nível dos cuidados de reabilitação (prescrições médicas, consulta de registos, indicações da fisiatra, visitas médicas, coordenação dos cuidados e troca de impressões acerca da evolução dos doentes com toda a equipa). ▪ Pretende contactar com a equipa responsável pelo doente de forma a partilhar actividades orientadas para a recuperação e bem-estar do doente, tendo sempre em vista a reabilitação e a máxima independência. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar o papel do Enfermeiro de Reabilitação na articulação entre serviços do hospital e a 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assiste e/ou participa na passagem de ocorrências, de forma a tomar conhecimento das patologias mais frequentes, evolução clínica dos doentes, identificar os doentes que necessitam da intervenção do enfermeiro de reabilitação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa de enfermagem • Enf.^a orientadora • Equipa de cuidados 	Durante as 4 semanas de duração do estágio

<p>comunidade, conhecendo os seus recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento e articulação com o prestador de cuidados de forma a envolvê-los nos cuidados principalmente a nível das AVDs; ▪ Promover uma adequada preparação para a alta e elaborar um plano de cuidados utilizando o documento existente no serviço, tendo sempre como objectivo a independência do doente, com a família ou prestador de cuidados; ▪ Se possível pretende conhecer alguns dos serviços de comunidade, forma de articulação e quais os recursos disponíveis de forma a garantir a continuidade dos cuidados; ▪ Pretende conhecer os recursos disponíveis da Rede Nacional de Cuidados Integrados e da equipa de Cuidados Continuados do CHLC, EPE, dando ênfase a uma adequada continuidade de cuidados, especificamente de enfermagem de reabilitação, principalmente se o doente por quem é responsável estiver a aguardar este recurso; ▪ Elaboração da carta de alta de enfermagem de 	<p>continuados do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiares/ cuidadores informais 	
---	--	--	--

	reabilitação utilizada no serviço, tendo em vista a continuidade do programa de reabilitação iniciado durante o internamento.		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a situação da pessoa, que necessita da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, tendo em consideração a sua complexidade e singularidade e perspectivando objectivos a curto, médio e longo prazo, tendo em conta o projecto de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recolha de informações pertinentes, tendo em conta as várias dimensões (pessoais, familiares, sociais, ambientais...); ▪ Pesquisa bibliográfica e/ou outros documentos que suportem o desenvolvimento pessoal e profissional e sobre as patologias e os cuidados de enfermagem de reabilitação adequados, incluindo escalas a utilizar e legislação; ▪ Reflexão e análise da pesquisa obtida e partilhá-la com o enfermeiro orientador; ▪ Contacto com as mais diversificadas situações e enriquecedoras para a prática de enfermagem de reabilitação, nomeadamente situações em que há alterações neurológicas, motoras (situações de hemiplegias, parésias, tetraparésias/tetraplegias, alterações nos pares cranianos e focais) e respiratórias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira orientadora 	Durante as 4 semanas de estágio.

	<p>(atelectasias, derrame pleural, pneumonias);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de alterações a nível sensório-motor e respiratório e elaborar um plano de actividades, onde conste uma avaliação física, neurológica, consulta de exames complementares de diagnóstico (RX, TAC, RNM), valores de gasimetria e auscultação; ▪ Utilização de instrumentos de recolha de informação (exame neurológico, escalas de avaliação de força, sensibilidade, espasticidade e de funcionalidade, entre outras); ▪ Avaliação da capacidade cognitiva do utente de forma a poder estabelecer um adequado plano de reabilitação; ▪ Identificação do potencial de reabilitação da pessoa. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planear cuidados de enfermagem a pessoas que necessitem da intervenção do Enfermeiro de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento de cuidados de reabilitação, mobilizando os recursos presentes; ▪ Planeamento de cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes do foro neurológico, recorrendo à história clínica e exames complementares de 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira orientadora • Equipa de enfermagem 	<p>Durante o decorrer do estágio</p>

<p>Reabilitação.</p>	<p>diagnóstico, avaliação do estado de consciência, exame neurológico, aplicação de algumas escalas (escala de avaliação da força muscular, escala de Ashworth), escalas de avaliação do grau de dependência do Auto-Cuidado (Escala de Barthel) para avaliação funcional das actividades de vida diária;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar deficits neurológicos e estabelecer um plano de actividades de acordo com os diagnósticos de enfermagem, intervindo a nível da reabilitação física, estimulação cognitiva e sensorial, alimentação, reeducação vesical e intestinal. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação atendendo ao rigor científico e técnico das intervenções, adaptado a cada situação garantindo a continuidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De acordo com os diagnósticos de enfermagem realizar actividades como, reeducação respiratória, com dissociação dos tempos respiratórios, tosse assistida e dirigida, exercícios de reeducação diafragmática e costal, drenagens posturais, exercícios de abertura costal, realização de percursões, vibrações e compressões, terapia por aerosol e nebulizações, ...; ▪ Executar técnicas de posicionamento, mobilizações 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa de enfermagem • Enfermeira orientadora. • Família/cuidador informal 	<p>Durante todo o tempo de estágio.</p>

	<p>passivas, activas e activas resistidas, exercícios terapêuticos, exercícios isométricos, treino de marcha, treino de equilíbrio estático e dinâmico de pé e sentado, transferências para a cadeira e levante; tendo em vista a reabilitação sensorio-motora</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Avalia o doente segundo escalas (Glasgow, grau de força muscular, escala de Barthel, escala de Ashworth, avaliação da sensibilidade, MIF, escala de Morse, avaliação da dispneia, ...);▪ Executa programas de treino vesical e intestinal de acordo com os critérios instituídos pelo serviço;▪ Realização dos cuidados planeados, avaliando a eficácia face aos objectivos definidos, reformulando sempre que necessário;▪ Utilização dos equipamentos e recursos disponíveis e necessários para garantir a qualidade dos cuidados (levantes com elevador,..);▪ Mobilização de todos os recursos disponíveis adequadamente;▪ Documenta as intervenções, decisões e resultados,		
--	---	--	--

	<p>partilhando esses resultados de modo a garantir a continuidade dos cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervém junto da família, avalia recursos e realiza ensino ao doente e família; ▪ Verificação da necessidade de ajudas técnicas e respectivo encaminhamento para a médica assistente ou fisiatra. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assumir o papel de estudante, revelando interesse pela aprendizagem, revelando crescente autonomia responsável com capacidade de organização e espírito crítico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento de cuidados, definindo prioridades e tomada de decisões organizando o trabalho de modo eficiente; ▪ Relatório de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira orientadora. 	<p>Durante as quatro semanas de estágio</p>

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro especialista em reabilitação assume, junto da pessoa com incapacidades extrema importância, desenvolvendo actividades que pretendem a aquisição de competências por parte da pessoa, para que viva de um modo o mais independente possível, estimulando o auto cuidado, prevenindo complicações, motivando-a para que assuma o principal papel no que concerne à sua saúde, favorecendo a sua reintegração social e profissional, respeitando os seus desejos e o seu projecto de vida.

Este plano de actividades é um processo estruturado, mas flexível, que reflecte o planeamento de um percurso, visando estruturar toda a aprendizagem e atingir, num determinado período de tempo, objectivos idealizados e hierarquizados.

Pretendo com este ensino clínico adquirir a prática dos cuidados apreendidos em contexto teórico, tendo uma participação activa, motivação e empenho no processo ensino/ aprendizagem, desenvolvendo assim competências específicas de Reabilitação.

O estágio no serviço de Medicina e o contacto directo com os doentes com sequelas de patologia neurológica e respiratória, vai de encontro às minhas expectativas no sentido de compreender o papel do enfermeiro especialista como multidimensional que envolve o restabelecimento de uma capacidade funcional máxima, um estado de saúde óptimo e adaptação a um estilo de vida alterado.

Termino, enfatizando a ideia de que a concepção deste projecto foi fundamentada numa perspectiva essencialmente teórica podendo, desse modo, estar sujeita a alterações com o decorrer da prática em função da contextualização dos cuidados ou de outros factores que actualmente me podem ser estranhos e/ou desconhecidos.

Apresentei aqui de forma simples, mas reflectida, este planeamento, em função dos objectivos do curso, deixando em aberto todas as possibilidades de enriquecimento pessoal e profissional.

ANEXO VII

PROJECTO DE ENSINO CLINICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS À
PESSOA/FAMILIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO
TRAUMÁTICO.



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO
1º ANO 2º SEMESTRE**

PROJECTO DE ESTÁGIO II E RELATÓRIO



Formanda: Sandra Asper nº 090430017

Enfermeiro Orientador: Diogo Guerreiro

Docente Orientador: Professor José Lourenço

**Lisboa
Janeiro 2011**

ÍNDICE

	Pág.
1 INTRODUÇÃO	3
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO	5
3 PLANO DE ACTIVIDADES	7
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	13

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Saúde de Santarém, foi proposto a realização de um projecto a ser operacionalizado no estágio, com o objectivo de responder às motivações e interesses profissionais do aluno.

O estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório tem a duração de 4 semanas o que corresponde a 100 horas de contacto, decorrendo de 24 de Janeiro de 2011 a 18 de Fevereiro de 2011, no Serviço Neurocirurgia I UCI do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e sob a orientação da Sr. Enfermeiro Especialista em Reabilitação Diogo Guerreiro.

Este momento da aprendizagem é fundamental para aquisição de competências, pois é em contexto clínico que se mobilizam os conhecimentos, se faz a transferência, se reflecte na acção e sobre a acção, contribuindo-se deste modo para a construção de um novo saber.

Ao elaborar um projecto existe a vontade de realizar alguma coisa, através de um caminho que iremos decidir, num futuro mais ou menos próximo. No entanto, o projecto não se fica pela ideia implicando uma vertente prática. É realizado um trabalho sistemático e organizado, que se irá concretizar objectivos com actividades programadas. O projecto é um instrumento de mudança, é através dele que a pessoa constrói o seu processo de aprendizagem e se desenvolve, tornando-se mais crítica, confiante e exigente em relação à realidade, sendo capaz de intervir de modo profícuo e direccionado na sociedade.

Tendo presente este enquadramento, a aposta na metodologia de projecto visa atribuir ao formando o papel principal no processo formativo, promovendo a sua autonomia, rompendo com o modelo tradicional escolar onde conteúdos programáticos são impostos não só aos alunos, mas também aos professores. Esta metodologia permite ao aluno auto gerir a sua aprendizagem, valorizando os saberes e experiências anteriores, e levar à aquisição de novas competências e a expansão de conhecimentos na temática em estudo.

São várias as áreas possíveis de actuação do enfermeiro especialista de Reabilitação. Uma dessas áreas diz respeito às patologias do foro neurológico traumático. Infelizmente este tipo de patologias são cada vez mais frequentes o que exige maior preparação e maior domínio de conhecimento perante a importância de dar

resposta às necessidades físicas, psicológicas e sociais que estes doentes e suas famílias apresentam.

A escolha deste serviço para desenvolvimento deste contexto, relaciona-se com a curiosidade e interesse que eu tenho por conhecer o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista de reabilitação numa unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos. Ao mesmo tempo considero fundamental para a obtenção de um conhecimento aprofundado no domínio específico da Enfermagem de Reabilitação a realização deste contexto (neurológico traumático) neste tipo de serviço.

Assim com este projecto pretende atingir os seguintes objectivos:

- ④ Definir competências do enfermeiro especialista de reabilitação face à pessoa/família com afecção do foro neurológico não traumático e respectivos resultados de aprendizagem que pretendo desenvolver;
- ④ Definir actividades que permitam o desenvolvimento dessas competências;
- ④ Servir de instrumento orientador e de análise para a elaboração do relatório final do estágio.

Este projecto assenta nesta pequena nota introdutória seguido de uma breve contextualização do serviço, um plano de actividades que está organizado segundo objectivos específicos para o contexto do estágio a que eu me proponho atingir, actividades a desenvolver para o alcance desses mesmos objectivos, intervenientes nestas actividades e definição cronológicas destas últimas.

2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Este estágio será realizado no Serviço de Neurocirurgia I UCI, do Centro Hospitalar de Lisboa Central – EPE. Este serviço encontra-se localizado num edifício que se encontra anexado ao edifício principal do Centro Hospitalar

Trata-se de um serviço misto, com uma lotação de 10 camas que se encontram distribuídas por 5 quartos com 2 camas cada um. Esta unidade recebe doentes em situação crítica e aguda que necessitem essencialmente de ventilação mecânica, vigilância apertada de parâmetros vitais, e de suporte de tecnologia mais complexa. Existe ainda um transfe através do qual são feitas as transferências dos doentes que necessitam de intervenção cirúrgica. A equipa de enfermagem deste serviço dá apoio à unidade de cuidados intensivos e à unidade de cuidados intermédios.

A equipa interdisciplinar é constituída por um conjunto de profissionais, desde médicos, fisioterapeutas, assistentes operacionais, assistentes administrativos, psicólogas, assistentes sociais.

A equipa de Enfermagem é constituída por 55 enfermeiros:

- Ⓒ 1 Enfermeira Chefe;
- Ⓒ 2 Enfermeiras em horário fixo e que dão apoio à Enfermeira Chefe na coordenação do Serviço;
- Ⓒ 50 Enfermeiros na prestação de cuidados directos dos quais 3 têm a especialidade de reabilitação, divididos em sub-equipas de 10/9 elementos em regime de roulement;
- Ⓒ 2 Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, em horário fixo., que desempenham funções na área da prestação de cuidados, gestão do serviço e formação da equipa de enfermagem. Estão também divididos um por cada unidade e ainda se articulam com a Fisioterapeuta na Reabilitação aos doentes.

Os doentes são admitidos através do serviço de urgência, da consulta externa ou proveniente de outros serviços. Dentro das patologias do foro neurocirúrgico, as mais frequentes são, traumatismos craneoencefálicos, acidentes vasculares cerebrais, malformações vasculares, tumores com metástases cerebrais, aneurismas, politraumatizados. Pelas características transversais das pessoas com patologia neurocirúrgica todos os doentes aqui internados apresentam alterações reais ou potenciais principalmente a nível da ventilação/ oxigenação, linguagem, na mobilidade,

eliminação, alimentação e alterações na auto imagem, apresentando um grande impacto nas actividades de vida diária bem como na sua qualidade de vida. O Enfermeiro de reabilitação tem pois de ter atenção a todos estes focos de forma a corrigir as alterações identificadas, otimizar a funcionalidade e preparar a pessoa / família para a alta.

De seguida apresento o plano de actividades que me proponho desenvolver no decorrer deste estágio.

3 - PLANO DE ACTIVIDADES

1 ° OBJECTIVO ESPECÍFICO: Compreender a dinâmica de funcionamento da instituição com evidência no papel do Enfermeiro de Reabilitação identificando situações que beneficiam da sua intervenção

Actividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none">▪ Observação e análise dos documentos e protocolos existentes no serviço, tais como, tomar conhecimento dos registos e respectivos impressos, utilizados pelo enfermeiro de reabilitação, escalas utilizadas, documentos de alta e/ou encaminhamento para as diferentes instituições e ou serviços;▪ Conhecimento da equipa interdisciplinar (médico, enfermeiro, fisiatra, fisioterapeutas, assistente social, dietista, assistentes operacionais, ...).▪ Articulação entre os diferentes profissionais, principalmente ao nível dos cuidados de reabilitação (prescrições médicas, consulta de registos, Visitas médicas, coordenação dos cuidados e troca de impressões acerca da evolução dos doentes com toda a equipa).▪ Contacto com a equipa responsável pelo doente de forma a partilhar actividades orientadas para a recuperação e bem-estar do doente, tendo sempre em vista a reabilitação e a máxima independência.	<ul style="list-style-type: none">- A mestranda- Enf.º orientador- A equipa interdisciplinar	1º Semana de estágio

2º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Aprofundar conhecimentos em Enfermagem de Reabilitação referentes a TCE e patologias neurocirúrgicas: fisiopatologia, complicações, repercussões na autonomia e qualidade de vida destes doentes

Actividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica (mobilização de conhecimentos adquiridos em ensino teórico, pesquisa electrónica e consulta de livros); - Identificação de alterações físicas, psicológicas e sociais decorrentes da lesão; - Partilha e reflexão de experiências e saberes com o enfermeiro orientador e restante equipa interdisciplinar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda - Enfermeiro Orientador - Equipa interdisciplinar 	<p>Ao longo das 4 semanas de estágio</p>

3º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Intervir como Enfermeiro de Reabilitação junto da pessoa com patologia do foro neurocirúrgico e com TCE desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação com vista à máxima autonomia e independência destes doentes

Actividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas, procedimentos e protocolos de enfermagem específicos ao nível da enfermagem de reabilitação; - Realização e actualização de colheita de dados à pessoa/família /cuidador mobilizando os impressos existentes no serviço instrumentos de registo, de avaliação (escalas) e documentos de alta e/ou encaminhamento para as diferentes instituições relacionado com 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda 	<p>Ao longo das 4</p>

<p>ao nível motor, sensorial, cardio-respiratórias:</p> <ul style="list-style-type: none"> o treino motor (posicionamentos terapêuticos, transferências, exercícios de mobilidade torácica e articular, mobilizações osteoarticulares e fortalecimento muscular, técnicas de reeducação funcional respiratória <p>- Aprendizagem do manuseamento e utilização de dispositivos de apoio a estes doentes</p> <p>- Avaliação em conjunto com o doente/família/cuidador o resultado das intervenções de reabilitação prestadas e se necessário reajustar;</p> <p>- Dialogo com a equipa interdisciplinar acerca dos progressos do doente ao nível do seu processo de reabilitação.</p>		
---	--	--

5º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Gerir os cuidados prestados, garantindo segurança e qualidade dos mesmos, otimizando a prestação de cuidados ao nível da tomada de decisão e em equipa interdisciplinar

Actividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração com a equipa de saúde na tomada de decisão sobre os doentes com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Organização e gestão adequada dos cuidados de enfermagem de reabilitação face às necessidades e prioridade que cada doente apresenta; - Monitorização da resposta do doente ao longo das intervenções, realizando adaptações necessárias aos cuidados prestados; - Identificação e avaliação dos riscos para a qualidade dos cuidados (risco de úlceras de pressão, risco de quedas...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda - Enfermeiro Orientador - Equipa interdisciplinar 	<p>Ao longo das 4 semanas de estágio</p>

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendo com este documento orientador expressar as minhas expectativas sobre o que pretendo alcançar neste Ensino Clínico e as competências que pretendo desenvolver para prestar cuidados de reabilitação a pessoas em processos de doença ou com deficiência.

É meu objectivo desenvolver competências do enfermeiro de reabilitação junto de doentes com problemas decorrentes de lesões do foro neurocirúrgico. Para o efeito espero que durante este ensino clínico consiga desenvolver e colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos durante a parte teórica do curso. O desenvolvimento de competências não é um processo estático, por isso a aprendizagem deve ser constante e aplicada na prática, contribuindo assim para uma prestação de cuidados de reabilitação de qualidade e ajustados a cada pessoa.

O enfermeiro de reabilitação deve ter uma vasta visão e não se prender aos limites daquilo que o corpo ou as características da pessoa deixam ver.

Termino, enfatizando a ideia de que a concepção deste projecto foi fundamentada numa perspectiva essencialmente teórica podendo, desse modo, estar sujeita a alterações com o decorrer da prática em função da contextualização dos cuidados ou de outros factores que actualmente me podem ser estranhos e/ou desconhecidos.

Apresentei aqui de forma simples, mas reflectida, este planeamento, em função dos objectivos do curso, deixando em aberto todas as possibilidades de enriquecimento pessoal e profissional.

ANEXO VIII

PROJECTO DE ENSINO CLINICO MÓDULO OPCIONAL CONTEXTO DE
CUIDADOS À PESSOA/FAMILIA INTERNADA NUMA UNIDADE DE DOENÇA
CEREBRO VASCULAR



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

**PROJECTO DE ESTÁGIO II (OPÇÃO)
Unidade Cerebro Vascular CHLC, EPE**



Formanda: Sandra Asper nº 090430017
Enfermeira Orientadora: Maria João Duarte
Docente Orientador: Professor José Lourenço

**Lisboa
Março 2011**

ÍNDICE

	PÁG.
0 – INTRODUÇÃO	3
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	6
2 – PLANO DE ACTIVIDADES	9
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
4 – BIBLIOGRAFIA	18

O – INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém, inserido na unidade curricular Enfermagem de Reabilitação II, surge o estágio de opção que decorrerá no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, na Unidade Cérebro Vascular. Este estágio terá a duração de quatro semanas, e decorrerá no período de 28 de Fevereiro a 25 de Março de 2011, com um total de 12 turnos, o que perfaz 100 horas de contacto.

A prática clínica é um momento de aprendizagem crucial para a aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que é na prática que se integra os conhecimentos teórico-práticos adquiridos durante as aulas teóricas do curso, de forma a prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa, à Família aos Grupos e Comunidade. O desenvolvimento e aquisição de competências são um processo dinâmico, é em contexto clínico que se recrutam os conhecimentos teóricos reflectindo na acção e sobre a acção, contribuindo deste modo para a construção de um novo saber, desta forma, (Rodrigues, Pereira e Ferreira 2006,p.21) afirmam que “...as competências pessoais de auto-consciência, auto-regulação e auto-motivação, apresentam-se como condição para o desenvolvimento das competências sociais e profissionais. O desenvolvimento pessoal tem portanto a ver com as crenças, valores, personalidade, relação com o mundo. O desenvolvimento pessoal abrange a aquisição de competências gerais transferíveis para o desempenho profissional futuro, as quais ajudam à clarificação de objectivos profissionais, a saber agir em contexto e a produzir conhecimento”

Ser competente é ser capaz de desempenhar uma actividade de acordo com os níveis de exigência estabelecidos. É um conceito lato que inclui a capacidade de transferir conhecimentos e saber -fazer em novas situações e que exige ser capaz de organizar e planear o trabalho de forma inovadora e não rotinizada. É nesta vertente que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação, planeia e executa as suas acções. Também a Ordem dos Enfermeiros (O.E.2007, p. 10), salienta que o enfermeiro especialista é aquele que apresenta, (...) *um conhecimento aprofundado num domínio específico de*

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

Cuidar da pessoa com um AVC em fase aguda, constituiu um projecto profissional traçado já há algum tempo e é nessa linha que surge a vontade de me tornar perita nesta área da enfermagem de reabilitação no tratamento à pessoa com AVC. Tratar de uma pessoa com sequelas de um AVC é algo que me preocupa e nunca me deixou indiferente, tanto como pessoa, como profissional. Considero ser uma área onde posso desenvolver e melhorar muitas das minhas potencialidades. O facto da maioria destes doentes demonstrarem grandes exemplos de coragem, pessoas com um enorme potencial, em que a reabilitação pode e faz toda a diferença, reforça a necessidade, empenho e dedicação, enquanto enfermeira especialista, para suprimir essa diferença na pessoa, na família e até para a comunidade.

Desempenho funções num serviço que recebe todos os dias doentes com AVCs. Apesar de possuir alguns conhecimentos sobre a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação junto da pessoa com AVC em fase aguda, pretendo adquirir e aprofundar conhecimentos e técnicas de intervenção de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com AVC na fase aguda, experienciando “in loco” essa intervenção. Deste modo, este período de estágio constitui-se como oportunidade única para satisfazer a necessidade de formação, por possibilitar a aquisição de experiências num contexto distinto daquele onde desempenho funções.

Face a estes objectivos emergiu a ideia de efectuar estágio de opção numa unidade de cuidados a pessoas com AVC em fase aguda de forma a aprofundar e desenvolver cuidados nesta área da enfermagem de reabilitação.

Pretendo com este estágio adquirir competências de avaliação e identificação das necessidades de intervenção especializadas no utente com AVC em fase aguda, de modo a otimizar e maximizar as suas capacidades funcionais obtendo uma recuperação o mais rápida e completa possível.

Este trabalho está assim dividido em duas partes: um capítulo onde é realizada uma breve contextualização da unidade de AVC's do Centro Hospitalar de Lisboa

Central EPE e um outro capítulo onde são definidos os objectivos, as actividades a desenvolver, os intervenientes envolvidos e a respectiva calendarização prevista para este campo de estágio.

1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Dado a importância da problemática do AVC e pela pertinência da intervenção em termos dos cuidados de enfermagem de reabilitação; escolhi, para a realização do estágio opcional, a Unidade Cerebro Vascular do Centro Hospitalar Lisboa Central - EPE. A UCV encontra-se localizada no 2.º piso do edifício central do Hospital de São José, tendo como acesso dois elevadores, escadas e uma rampa que comunica directamente com o exterior.

De acordo com VALADAS (2007, p.16), “*a expressão Unidade de AVC (UAVC) designa um sistema de organização de cuidados prestados aos doentes com AVC numa área geográfica bem definida*”. Uma referenciação precoce dos doentes com AVC permitirá a rápida identificação do tipo de AVC e, no caso do AVC isquémico agudo, a possibilidade de tratamento de reperfusão, onde a janela terapêutica para a fibrinólise se situa nas primeiras três horas após o início dos sintomas.

A Unidade de Cerebro Vascular do CHLC, EPE, é uma unidade de referência a nível nacional, possuindo notável articulação entre a equipa interdisciplinar, na qual está presente o enfermeiro especialista em reabilitação. Possui infra-estruturas físicas e recursos que permitem realizar exames auxiliares de diagnóstico e tratamento precoce.

A Unidade Cerebro Vascular foi criada em Outubro de 2003 e destina-se a cuidar de doentes com Acidente Vascular Cerebral em fase aguda e ao internamento de doentes para a realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos nesta área da patologia.

A UCV tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados a doentes com AVC agudo bem como produzir conhecimento através da investigação e ensino aos diferentes grupos profissionais com vista à melhoria das práticas clínicas. Tem como visão uma elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica que tenha por base excelência clínica, eficácia e eficiência para que se defina como centro de referência nas patologias que trata. Como valores subjacentes ao seu trabalho apresenta: justiça e verdade nos processos; cultura de serviço centrada no doente; competência técnica; trabalho em equipa interdisciplinar e multiprofissional.

A Unidade Cerebro Vascular tem 8 camas activas podendo ter uma suplementar – maca - em situações de emergência (ex. realização de terapêutica trombolítica). Todas as camas dispõem de monitorização contínua de ECG, Saturação Transcutânea de O₂, Frequência Respiratória e monitorização não invasiva da Pressão Arterial. A Unidade tem um aparelho de Doppler Transcraniano e um Ecógrafo para Ecodoppler dos vasos do pescoço e Doppler Transcraniano. A equipa da UCV integra profissionais de várias áreas. Uma assistente administrativa, 6 assistentes operacionais estando escalado, habitualmente, 1 por turno. A equipa de enfermagem tem actualmente 14 profissionais (3 enfermeiros com a Especialidade de Reabilitação) formando equipas de 2 a 3 elementos por turno estabelecendo um rácio de 2-3 doentes/1 enfermeiro nos turnos da manhã e 4-5 doentes /1 enfermeiro na tarde e na noite. A equipa médica é constituída por Assistente de Medicina Interna e por assistentes de Neurologia. Existem ainda consultores de Neurorradiologia e de Medicina Interna que assistem às passagens de turno todos os dias. Na Unidade está centrado o Laboratório de Neurosonologia e onde prestam serviço as Técnicas de Cardiopneumologia. Está disponível apoio - em regime de prevenção - de Neurorradiologia de Intervenção (2^a a 6^a das 8h às 20h e sábados, domingos e feriados das 8h às 24h). O apoio de Fisioterapia é assegurado pela Assistente de Fisiatria, pela Fisioterapeuta e pelo Terapeuta da Fala.

A Unidade funciona em regime permanente, querendo isto significar que a qualquer hora do dia ou da noite, a actividade assistencial está assegurada podendo ser definidas as intervenções diagnósticas e terapêuticas essenciais. A actividade médica desenvolve-se nas 24 horas.

No seu período de urgência semanal de 24 horas, os médicos colaboram com a equipa de Neurologia do Serviço de Urgência Geral na orientação de doentes com patologia vascular cerebral aguda, na definição do seu percurso e orientação terapêutica e, nomeadamente, na admissão de doentes na UCV.

Os doentes que recorrem à Unidade são provenientes de: outros serviços de internamento do hospital (via verde interna), hospitais distritais, consultas externas ou directos pela Via Verde de AVC (CODU).

O grupo etário dominante é entre os 45-65 anos o que remete a nossa actividade para uma relação com pessoas em plena actividade profissional social e familiar.

A média de dias de internamento é 5,4 o que pressupõe também uma boa articulação de cuidados.

2 – Plano de Actividades

OBJECTIVO GERAL – Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação a pessoas/famílias com Acidente Vascular Cerebral em fase aguda ao nível dos Cuidados Diferenciados.

1 ° OBJECTIVO ESPECÍFICO: Compreender a dinâmica de funcionamento da Unidade Cerebrovascular com evidência no papel do Enfermeiro de Reabilitação identificando situações que beneficiam da sua intervenção		
Actividades	Intervenientes	Cronologia
<p>- Recolha de informação junto do enfermeira orientadora e restante equipa para obtenção de dados sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipologia de doentes e patologias mais frequentes com necessidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação; ○ Predomínio de internamento da área de abrangência; ○ Normas, procedimentos e protocolos de enfermagem específicos ao nível da enfermagem de reabilitação; ○ Conhecimento das normas de actuação/ critérios de admissão na unidade e tipo de terapêutica instituída; ○ Tipo de Apoio Clínico; ○ Recursos materiais do Serviço específicos para reabilitação; ○ Articulação existente entre os membros da equipa interdisciplinar; ○ Método de trabalho de enfermagem, instrumentos de registo, de avaliação (escalas) e documentos de alta e/ou encaminhamento para as diferentes instituições relacionado com os cuidados de enfermagem de reabilitação. 	<p>- A mestranda</p> <p>- Enf^{ta} orientadora</p> <p>- A equipa interdisciplinar</p> <p>- Doentes</p>	<p>1º semana de estágio</p>

2º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Intervir como Enfermeiro de Reabilitação junto da pessoa com AVC (isquémico ou hemorrágico) desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação com vista à máxima autonomia e independência destes doentes

Actividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico dos doentes com indicação para reabilitação; - Realização e actualização de colheita de dados à pessoa/família /cuidador direccionados para os cuidados de enfermagem em reabilitação mobilizando os impressos existentes no serviço; - Realização da avaliação funcional do doente ao nível: <ul style="list-style-type: none"> o do equilíbrio e mobilidade o função cognitiva o deficiências sensoriais o condições emocionais/sintomas depressivos o disponibilidade e adequação – suporte familiar/social o condições ambientais o capacidade funcional – AVD o estado e risco nutricionais o capacidade respiratória -Realização da avaliação neurológica do doente ao nível: <ul style="list-style-type: none"> o estado de consciência e cognição (escala de Glasgow); o força e tónus muscular o sensibilidade (superficial e profunda); - Realização da avaliação do risco de Úlcera de Pressão (Escala de Braden); - Mobilização dos instrumentos de avaliação funcional, neurológica, e de risco de úlceras de pressão em vigor existentes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda - Doentes - Enfermeira orientadora 	<p style="text-align: center;">Ao longo das 4 semanas de ensino clínico</p>

<p>- Implementação de intervenções planeadas com vista a otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cardio-respiratório e da eliminação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ treino de actividades de vida diária (vestuário, higiene pessoal, alimentação, eliminação); ○ treino motor <p>- Exercícios musculares da face;</p> <p>- Estimulação proprioceptiva;</p> <p>- Posicionamento anti-espástico;</p> <p>- Equilíbrio postural estático e dinâmico sentado e em pé;</p> <p>- Exercícios isotónicos e isométricos;</p> <p>- Exercícios de mobilidade passivos;</p> <p>- Exercícios de mobilidade activos-assitados;</p> <p>- Exercícios de mobilidade activos -resistidos;</p> <p>- Actividades terapêuticas como: Rolar, Facilitação cruzada, Ponte e Auto-mobilizações;</p> <p>- Levante / Transferências;</p> <p>- Marcha;</p> <ul style="list-style-type: none"> - treino de exercício de readaptação ao esforço com controle da respiração - exercícios de correcção postural; <p>- Técnicas de reeducação funcional respiratória (técnicas de compressão, percussão, vibração, inaloterapia, drenagens posturais, tosse assistida e tosse dirigida) para facilitar a limpeza das vias aéreas, prevenir retenção de secreções e obstrução brônquica;</p> <p>- Realização de exercícios de reeducação abdomino-diafragmáticos e costais (globais e selectivos) para correcção de assinergias e defeitos ventilatórios;</p> <p>- Aprendizagem do manuseamento e utilização de equipamentos e dispositivos de apoio a estes doentes;</p> <p>- Avaliação em conjunto com o doente/família/cuidador da eficácia dos cuidados de reabilitação prestados face aos objectivos definidos e se necessário reajustar;</p>	<p>- Equipa interdisciplinar</p>	
--	----------------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> - Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação realizados; - Diálogo com a equipa interdisciplinar acerca dos progressos do doente ao nível do seu processo de reabilitação. 		
---	--	--

3º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Capacitar a pessoa e a sua família/ cuidador com AVC para o auto-cuidado e autonomia na realização de actividades de vida diária optimizando e maximizando as suas capacidades funcionais facilitando o regresso a casa.

Actividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da história clínica do doente, o seu envolvimento social e familiar para adequado encaminhamento do processo de reabilitação; - Incentivo e Envolvimento do doente família/cuidador na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação utilizando o ensino como método de aprendizagem tendo em conta o nível de conhecimentos que estes apresentam; - Preparação do doente e família/cuidador para a alta, ensinar, instruir, treinar e promover a adopção de estratégias adaptativas ao nível das várias Actividades de vida diárias; - Validação junto do doente e família/cuidador os ensinamentos realizados, identificando dúvidas e reforçando, se necessário, o ensino; - Identificação junto do doente e sua família/cuidador de possíveis barreiras arquitectónicas no seu contexto social e habitacional envolvente procurando eliminá-las; - Orientação do doente e família/cuidador para a aquisição e utilização de produtos de apoio de modo a facilitar o processo de integração no domicílio; 	<p>Mestranda</p> <p>Doentes</p> <p>Enfermeira orientadora</p> <p>Equipa Interdisciplinar</p> <p>Família/Cuidador</p>	<p>Ao longo das 4 semanas de Ensino Clínico</p>

4º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de reabilitação prestados		
Actividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica (mobilização de conhecimentos adquiridos em ensino teórico, pesquisa electrónica leitura e análise de artigos científicos e consulta de livros) ao nível da especificidade da enfermagem de reabilitação; - Identificação de alterações físicas, psicológicas e sociais decorrentes da doença; - Partilha e reflexão de experiências e saberes com a enfermeira orientadora e restante equipa interdisciplinar; - Elaboração do relatório de contexto no final do estágio que reflecta o processo e resultados de aprendizagem desenvolvidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda - Enfermeira orientadora - Equipa interdisciplinar 	<p>Ao longo das 4 semanas</p>

5º OBJECTIVO ESPECÍFICO: Gerir os cuidados específicos de enfermagem de Reabilitação, otimizando a prestação dos mesmos ao nível da tomada de decisão e em equipa interdisciplinar		
Actividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração com a equipa de saúde na tomada de decisão sobre os doentes com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Organização e gestão adequada dos cuidados de enfermagem de reabilitação face às necessidades e prioridade que cada doente apresenta; - Monitorização da resposta do doente ao longo das intervenções, realizando adaptações 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda - Enfermeira orientadora 	<p>Ao longo das 4 semanas de ensino clínico</p>

<p>necessárias aos cuidados de reabilitação prestados;</p> <ul style="list-style-type: none">- Elaboração de um suporte escrito de apoio à prática profissional dos enfermeiros do serviço na prestação de cuidados gerais de acordo com as necessidades e objectivos pré definidos existentes;- Identificação e avaliação dos riscos para a qualidade dos cuidados (risco de úlceras de pressão, risco de quedas, feridas por traumatismos...).	<p>- Equipa interdisciplinar</p>	
---	----------------------------------	--

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro especialista em reabilitação assume, junto da pessoa com AVC, extrema importância, desenvolvendo actividades que pretendem a aquisição de competências por parte da pessoa, para que viva de um modo o mais independente possível, estimulando o auto cuidado, prevenindo complicações, motivando-a para que assuma o principal papel no que concerne à sua saúde, favorecendo a sua reintegração social e profissional, respeitando os seus desejos e o seu projecto de vida.

Termino, enfatizando a ideia de que a concepção deste projecto foi fundamentada numa perspectiva essencialmente teórica podendo, desse modo, estar sujeita a alterações com o decorrer da prática em função da contextualização dos cuidados ou de outros factores que actualmente me podem ser estranhos e/ou desconhecidos.

Tendo por base a sistematização das actividades a realizar, para a sua posterior concretização, procurarei obter uma base consistente quer a nível metodológico, técnico-científico e relacional na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação a doentes do foro neurológico, com vista alcançar os objectivos propostos.

Considero oportuno, realçar que para além das actividades programadas, penso que poderão surgir outras, que serão executadas e aproveitadas para aperfeiçoar/adquirir os conhecimentos relacionados com a prática de Enfermagem de Reabilitação. Procurarei manter o espírito aberto, ser criativa e dinâmica, de modo adaptar-me a todas realidades encontradas.

Sabendo que é na prática que todo o projecto se torna realidade, desejo que o contexto deste estágio me permita alcançar os objectivos que tracei, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Apresentei aqui de forma simples, mas reflectida, este planeamento, em função dos objectivos do curso, deixando em aberto todas as possibilidades de enriquecimento pessoal e profissional.

Assim termino a minha apresentação enfatizando a total disponibilidade e entusiasmo para aprendizagem diária e conseqüente desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista da reabilitação face à pessoa e família com afecção

neurológica não traumática contribuindo para a sua capacidade funcional e independência máxima, e adaptação a um estilo de vida alterado.

