



**A intervenção precoce do enfermeiro especialista de reabilitação na reeducação funcional motora da pessoa/família com alterações neurológicas e cardiovasculares**

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de mestre na especialidade de Enfermagem de Reabilitação

**Joana Filipa Santos Urbano Morais**

**Orientador:**

Professor Mestre Joaquim Simões

**Co-orientador:**

Professora Doutora Maria João Esparteiro

**2012**  
**JANEIRO**



## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família

Pelo carinho, força e coragem

Oferecidos ao longo de todo o percurso



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os colegas de curso pela amizade e ajuda.

Agradeço a todos os profissionais de Enfermagem que comigo compartilharam a sua experiência  
profissional

Agradeço ao Professor Joaquim Simões pela amizade, carinho e disponibilidade sempre  
demonstrada

A todos o meu Muito Obrigada!



## **PENSAMENTO**

*Quando uma coisa evolui, também evolui tudo o que está á sua volta.*

*Quando procuramos ser melhores do que somos,*

*Tudo à nossa volta se torna melhor também*

O Alquimista



## RESUMO

Ao longo dos últimos anos, as situações de doença que produzem sequelas reversíveis ou irreversíveis, que obrigam a pessoa e toda a sua família a readaptar-se e a reorganizar-se face as incapacidades e/ou desvantagens daí resultantes, são cada vez maiores e mais frequentes. A necessidade de respostas eficazes urge. Assim sendo, partindo da prática baseada na evidência na operacionalização da intervenção enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa perspectiva de Enfermagem Avançada, surge a temática em estudo que incide sobre a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação ao nível da precocidade dos exercícios de amplitude de movimento na reeducação funcional motora da pessoa/família com alterações neurológicas e cardiovasculares. Esta foi desenvolvida tendo por base a metodologia científica PICO (Population, Intervention, Comparison e Outcomes)

Alterações do foro neurológico e cardiovascular produzem muitas vezes sequelas motoras reversíveis ou irreversíveis que afetam a autonomia e consequentemente a qualidade de vida da pessoa/família. Uma intervenção precoce dirigida a manutenção da amplitude de movimento dos vários segmentos articulares pode ser determinante na adaptação, regressão ou inibição de algumas dessas sequelas contribuindo não só para o bem-estar físico, como também psicológico, social e espiritual.

**Palavras-Chave:** Enfermeiro especialista de reabilitação, autonomia, alterações motoras, doença neurológica/cardiovascular

## ABSTRACT

Over the last years, illness situations that produce reversible or irreversible consequences that force the person and his whole family to readjust and reorganize to meet the disabilities and / or disadvantages resulting there from, are becoming larger and more frequent. The urgent need for effective responses. Therefore and based on the experience of clinical practice in the operation of the intervention as a nurse specialist in Rehabilitation Nursing in a Advanced Nursing perspective comes the thematic study that focuses on the intervention of the specialist nurse at the rehabilitation of early range of motion exercises in motor functional rehabilitation of the person/family with neurological or cardiovascular changes.

Diseases that affect the cardiovascular and neurological systems often produce reversible or irreversible motor sequelae affecting the autonomy and consequently the quality of life of the person / family. Early intervention aimed at maintaining range of motion of the various segments can be decisive in the joint adaptation, regression or inhibition of some of these consequences not only contributing to the well-being but also psychological, social and spiritual.

**Keywords:** Rehabilitation Nurse Specialist, autonomy, motor disorders, neurological damage / cardiovascular diseases



<b>INDICE</b>	<b>P.</b>
<b>0 - INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>1 - QUADRO CONCEPTUAL DE ENQUADRAMENTO TEMÁTICO</b>	<b>21</b>
1.1 – A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE NO DESENVOLVIMENTO DA ACTIVIDADE DE VIDA MOBILIDADE	21
1.2 – A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO TRAUMÁTICO	30
1.3 – A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO NÃO TRAUMÁTICO	34
1.4 – A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO CARDIOVASCULAR: DOENÇA CARDÍACA	40
<b>2 – A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA COM RECURSO À REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b>	<b>45</b>
<b>3 – A EXPERIÊNCIA EM ENSINO CLÍNICO – ANÁLISE REFLEXIVA</b>	<b>47</b>
3.1 – CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO TRAUMÁTICO	53
3.2 - CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO NÃO TRAUMÁTICO	57
3.3 - CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO CARDIOVASCULAR:DOENÇA CARDÍACA	60
<b>4 - CONCLUSÃO</b>	<b>67</b>
<b>5 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>75</b>
Anexo I - Diagrama do Modelo de Vida de Logan, Roper e Tierney	77
Anexo II – Ciclo da Imobilidade	81
Anexo III – Escala de Avaliação da Força e Função Muscular	85

Anexo IV – Limites da Amplitude Articular dos Membros Superiores e Inferiores	89
Anexo V – Exercícios de Amplitude de Movimento Passivo e Ativo	93
Anexo VI – Percurso Metodológico	103
Anexo VII – Artigos Seleccionados	115
Anexo VIII – Tabelas de Análises dos Artigos Seleccionados	149
Anexo IX – Projetos de Estágios	155
Anexo X – Trabalhos Realizados nos Estágios	214

<b>INDICE DE FIGURAS</b>	<b>P.</b>
Figura 1 - Extensão e Flexão, Abdução e Adução, Rotação Interna e Rotação Externa da Articulação Escápula-Umeral	95
Figura 2 – Extensão e Flexão do Cotovelo	96
Figura 3 – Pronação e Supinação do Antebraço	96
Figura 4 – Extensão e Flexão do Punho, Desvio Radial e Desvio Cubital	97
Figura 5 – Abdução e Adução, Flexão e Extensão dos Dedos, Flexão e Extensão, Abdução e Adução e Oponência do Polegar	98
Figura 6 – Flexão e Extensão, Abdução e Adução, Rotação Interna e Rotação externa da Articulação Coxofemoral	99
Figura 7 – Flexão e Extensão do Joelho	100
Figura 8 – Dorsiflexão, Flexão Plantar, Inversão e Eversão da Articulação Tibiotársica	101



## **ABREVIATURAS**

AIT – Acidente isquêmico Transitório

ADM – Amplitude de Movimento

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

AVDI's – Atividades de Vida Diária Instrumentais

CDI – Cardio Desfibrilhador Implantável

CMRSul – Centro de Medicina de Reabilitação do Sul

CNDCV – Coordenação nacional de Doenças Cardiovasculares

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

IC – Insuficiência Cardíaca

ICCP - International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis

LVM – Lesão Vértebro-medular

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTCA – Percutaneous Transluminal, Coronary, Angioplasty

RC – Reabilitação Cardíaca

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SPAVC – Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral

TA – Tensão Arterial

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

UC – Unidade Curricular

## **SIGLAS**

Nº Número

P. Página

## **ACRÓNIMOS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

MIF – Medida de Independência Funcional

PICO - Population, Intervention, Comparison e Outcomes

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

## 0 - INTRODUÇÃO

No âmbito de 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (Curso de Mestrado de Natureza Profissional), surge esta última etapa de elaboração de um relatório de estágio que será objeto de apreciação e discussão pública, constituindo-se este como um momento privilegiado de prova da nossa capacidade científica no sentido de evidenciar um conhecimento específico no tema e na área de especialização. O Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação tem como finalidade principal promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área de especialização em causa, numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da autoformação e reflexividade sobre a prática. É em direção a este propósito que temos vindo a caminhar procurando desenvolver competências específicas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e do campo de intervenção definido para esta área de especialidade, competências estas que são demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2009).

O caminho até aqui percorrido tem sido extremamente enriquecedor para a pessoa, mestranda, profissional que cuida, mas também para a pessoa, Joana Morais, esposa, filha, neta, ser humano que vive diariamente em comunhão com o Outro.

A escola fornece-nos uma gama de conhecimentos que nos permitem adquirir as competências básicas para iniciar/continuar o nosso percurso profissional; no entanto, é a nós que compete a responsabilidade de aprender, advogando desde o início um processo de autoconhecimento e autodesenvolvimento pela autoanálise reflexiva sobre os meus valores, conhecimentos e fragilidades a fim de os poder colmatar.

De acordo com AMENDOEIRA (2005), caminha-se em direção ao conhecimento organizado no qual o conhecimento científico é transferido para o contexto de vida existente e a partir das atividades, de todos os dias, desenvolvidas pelos seres humanos, porque “o conhecimento só é significativo se servir para desenvolver e melhorar essas mesmas atividades de vida diária” (AMENDOEIRA, 2005, p.7). O mesmo autor reforça a ideia referindo que “o significado dos saberes profissionais transformados no e pelo trabalho constrói-se pela emergência da prática (processo de cuidados) como campo de aplicação de saberes explícitos” (AMENDOEIRA, 2005, p. 8).

É precisamente sobre a prática clínica de Enfermagem que assenta este relatório, enquanto resultado da operacionalização da nossa intervenção enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, numa perspectiva de Enfermagem Avançada e tendo por base

diferentes estratégias mobilizadas. Preconiza-se a análise, a fundamentação, a crítica e a visibilidade da intervenção efetuada.

A intervenção em análise diz respeito a três períodos de ensinamentos clínicos que se desenvolveram durante o 2º e 3º semestres do Curso, de acordo com a estrutura e organização do mesmo: cuidados de enfermagem à pessoa/família com alterações do foro neurológico traumático, cuidados de enfermagem à pessoa/família com alterações do foro neurológico não traumático e cuidados de enfermagem à pessoa/família com alterações do foro cardiovascular, mais concretamente doença cardíaca. Este último contexto foi uma opção pessoal e individual face à oportunidade que nos foi concedida decorrente da estruturação do curso para realização de um estágio desta natureza. Os referidos estágios foram realizados, respetivamente, nas seguintes instituições e nos seguintes períodos: Centro de Medicina e Reabilitação do Sul em São Brás de Alportel no período entre 4 a 29 de Outubro de 2010, Centro Hospitalar Oeste Norte - Caldas da Rainha – Serviço de Medicina no período entre 2 a 27 de Novembro de 2010, Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital de Santa Marta - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários no período entre 28 de Fevereiro e 26 de Março de 2011.

Pretende-se um trabalho suportado na via indutiva, com o objetivo de promover a reflexão na ação e sobre a ação, com base na conceção teórica da mesma mobilizando para tal uma metodologia científica na qual a finalidade major consiste em desenvolver competências no âmbito da prática baseada em evidência, ou seja, “fazer bem as coisas” (GRAY, 1997 cit CRAIG, SMYTH e MULLALLY, 2004, p.4). Isto significa não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis mas também assegurar que o que é feito é bem feito – para que se obtenha mais resultados benéficos do que nocivos. A prática baseada em evidência é um processo de descoberta, avaliação e aplicação de evidências científicas para o tratamento e gestão da saúde. É o cuidado guiado por meio de resultados de pesquisas, consenso de especialistas ou a combinação de ambos. Ela compreende "o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente" (DOMENICO, 2003, p.116).

Ao longo dos últimos anos, a Enfermagem registou uma evolução quer ao nível da formação inicial, quer ao nível da complexificação e dignificação do seu exercício profissional. Mais do que tratar há, principalmente, que cuidar do outro. Este processo de cuidar coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências. A interprofissionalidade na complexidade de respostas a problemas de saúde e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente. Nesta lógica de ideias, desejos e vontades, a Ordem dos Enfermeiros em 2003 define o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais organizado segundo três domínios: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional. Na inquietude e procura de 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 surge o enfermeiro especialista (OE,2007). Aqui, intervêm 5 domínios de competências que derivaram do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais: prática profissional ética e legal; gestão de cuidados; aprendizagens profissionais, melhoria da qualidade e prestação de cuidados especializados. Foi com base nestes pressupostos que procurámos mediar toda a nossa atuação.

A Reabilitação surge como uma área de especialidade relativamente recente mas cujo crescimento e desenvolvimento tem decorrido num ritmo bastante acelerado face às necessidades que as pessoas apresentam e com as quais, nós enfermeiros, diariamente, somos confrontados. Os hábitos de vida menos saudáveis, o ritmo de vida, as dificuldades económicas e sociais, entre outros têm contribuído para o aumento de situações de doença que produzem sequelas reversíveis ou irreversíveis que obrigam a pessoa e toda a sua família a readaptar-se e a reorganizar-se face as incapacidades e/ou desvantagens daí resultantes. Assim, a OE definiu reabilitação como uma...

*(...) especialidade multidisciplinar, que compreende um corpo de conhecimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são: melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (Regulamento 125/2011, p.8658).*

Deste modo e partindo da vivência em contexto clínico, após reflexão e ponderação individual e orientação pedagógica decidimos incidir o nosso foco de estudo sobre a intervenção do enfermeiro especialista de Reabilitação ao nível da importância da precocidade dos exercícios de amplitude de movimento na reeducação funcional motora com a pessoa/família com alterações neurológicas e cardiovasculares. O tema será abordado transversalmente ao nível dos três campos de estágio.

Um das razões que estão na origem da seleção desta temática está relacionado com a experiência real traduzida em resultados efetivos durante os estágios em análise. Simultaneamente, na nossa prática profissional diária pude constatar que a mobilização/exercícios de amplitude de movimento osteoarticular é uma intervenção do enfermeiro especialista em Reabilitação fundamental na evolução favorável de qualquer processo de reabilitação e que quanto mais cedo e com maior frequência forem realizados maior serão os benefícios e melhores serão os resultados para a pessoa doente e sua família, principalmente ao nível da sua reeducação funcional motora com repercussões diretas na capacidade para o auto cuidado e conseqüentemente na sua autonomia. Nesta âmbito, procurámos ir ao encontro da especificidade do cuidar na medida em que o enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação

*(...) promove o diagnóstico precoce e ações preventivas (..) de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar deformidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas nomeadamente ao nível da função neurológica(...) e cardíaca(...)* (Regulamento 125/2011, p.8658).

Para nos ajudar na organização, e orientação do caminho a percorrer defini como objetivos deste trabalho:

- ✚ Desenvolver uma área de conhecimento especializado em Enfermagem relevante para a qualidade dos cuidados
- ✚ Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso á metodologia científica
- ✚ Fundamentar as singularidades das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática da literatura
- ✚ Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada

O presente trabalho tem assim inicio com esta breve introdução na qual efetuamos um pequeno enquadramento e justificamos a seleção da temática em estudo. Segue-se uma abordagem ao modelo teórico de enfermagem de Nancy Roper, modelo este, que está na base de desenvolvimento da questão em estudo, bem como um enquadramento legal e cronológico relativamente à génese e evolução da importância da intervenção do enfermeiro especialista de Reabilitação. Posteriormente, elaboraremos um quadro conceptual que, em conjunto com quatro artigos seleccionados a partir da utilização de uma metodologia científica (PICO: Population, Intervention, Comparison e Outcomes), servirão de base para a posterior análise reflexiva da experiência real por nós vivenciada no decorrer do Estágio II. Neste último capítulo, procuraremos projetar os saberes adquiridos para o contexto da questão inicial, fazendo um intercâmbio temático entre os conceitos obtidos, a experiência vivida e o conhecimento adquirido através dos artigos em estudo.

## 1 – QUADRO CONCEPTUAL DE ENQUADRAMENTO TEMÁTICO

Este capítulo procura contemplar as bases conceptuais ou teóricas do problema em estudo, as quais permitem ordenar os conceitos entre si, de maneira a descrever, explicar ou predizer relações entre eles. Pretende-se que ele suporte teoricamente a análise posterior.

Deste modo, “o quadro conceptual é a explicação que é dada apoiada pela publicação e pela investigação no que concerne aos conceitos e estudo” (FORTIN, 1999, p.94).

### 1.1 – A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA ACTIVIDADE DE VIDA MOBILIDADE

O movimento é uma característica básica de todo e qualquer ser vivo, é um dos meios pelo qual o organismo interage com o meio ambiente em que vive e se desenvolve.

A ciência do movimento é um campo multidisciplinar de estudo do movimento normal. As principais disciplinas em que se apoia são a biologia, a informática, a física, a fisiologia, a psicologia e a enfermagem. O movimento normal é a “capacidade que a pessoa tem de interagir com meio de uma maneira flexível e adaptável” (HOEMAN, 2011, p.253). A mobilidade caracteriza-se por um “movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e a deambulação” (CIPE, 2003, p.34).

A mobilidade implica Iniciar um padrão de movimento para cada membro, coordenar esses padrões entre os membros, adaptar a força e a velocidade do padrão de movimento para contrariar a resistência e/ou condições sensoriais com que se depara na execução da tarefa e manter o equilíbrio corporal (HOEMAN, 2011).

ROPER *et al* (2001) no seu Modelo de Vida (Anexo I - Diagrama do Modelo de Vida de Roper, Logan e Thierney) definiram 12 atividades de vida. Uma delas é a mobilidade que influencia diretamente todas as outras atividades de vida, uma vez que todas incluem movimento. De facto, a atividade tem uma influência evidente na satisfação de outras necessidades, tais como, a respiração, a circulação, a eliminação, o trabalho, a comunicação, o dormir, entre outros. As autoras dizem-nos que as estruturas do corpo associadas com a mobilidade são grandes e que por isso é compreensível que os doentes sofram de uma grande variedade de problemas

relacionados com esta atividade de vida que envolve muitas das outras atividades de vida. Uma estadia prolongada no leito, por exemplo, vai reduzir a atividade dos sistemas corporais e pode criar mal-estar e ou dependência em muitos aspetos da vida diária. A atividade física é uma orientação humana básica importante durante toda a vida. A capacidade para a mobilidade física sem ajuda é afetada por quaisquer circunstâncias que interfiram com qualquer parte do sistema músculo-esquelético e os seus vários trajetos de nervos associados. (ROPER *et al*, 2001). De acordo com este modelo um dos aspetos a valorizar na análise a cada atividade de vida é o *continuum* dependência/independência. De acordo com o padrão normal de desenvolvimento humano (etapas de vida), inicialmente começamos a nossa vida num patamar totalmente dependente para à medida que nos desenvolvemos caminhar para a independência. Durante este percurso, por vezes surgem circunstâncias que nos obrigam a alterar o rumo do que até então era o previsível e a dependência numa ou mais atividades de vida pode reaparecer.

Ao nível da atividade de vida mobilidade, este *continuum* é facilmente afetado, tornando-se por vezes o grau de dependência bastante elevado. Uma estadia prolongada no leito vai reduzir a atividade dos sistemas corporais e pode criar mal-estar relacionado com quase todos os aspetos da vida diária. Quando os músculos estão inativos a atrofia muscular começa e esta degeneração por sua vez diminui a capacidade de movimento o que leva a uma redução ainda maior e assim sucessivamente (ROPER *et al*, 2001).

Adquirir independência para a mobilidade depende da velocidade pelo qual os músculos não utilizados voltam a adquirir a sua tonicidade pelo exercício. São várias as patologias clínicas que acarretam disfunção do movimento. Por exemplo, após uma lesão neurológica pode ocorrer modificações do grau de força de vários grupos musculares, traduzindo-se esta numa alteração da mobilidade. Estas alterações conduzem à limitação das amplitudes articulares que, posteriormente, provocam contracturas articulares e musculares, devido a um aumento do colagénio e posterior fibrose, tornando as articulações rígidas e os músculos mais curtos. Ao mesmo tempo, a imobilidade provoca também a diminuição de força muscular que por sua vez compromete a irrigação sanguínea, afeta a atividade metabólica e diminui o débito de oxigénio levando à atrofia muscular com repercussões ao nível da coordenação motora, má qualidade de movimento e em última instancia na autonomia (CRUZ, *et al*, 2007). O mal-estar provocado por alterações na mobilidade não é apenas físico; pode também ser emocional, dada a perda de dignidade, independência e liberdade social (alterações nos papéis familiares, nas atividades de trabalho e lazer que pode ser destrutivo para a autoimagem).

Assim sendo, são vários os benefícios fisiológicos e psicológicos da atividade física. Ao nível fisiológico, salientamos: melhoria da circulação sanguínea, linfática, trocas celulares, aumento do volume corrente da capacidade pulmonar e da capacidade de difusão, aumento da contractilidade, da tonicidade e da força muscular fundamental para a funcionalidade dos

diversos grupos musculares. Ao nível psicológico, a atividade promove sensação de bem-estar, melhora a autoestima e a qualidade de vida.

Infelizmente, o número de doenças que provocam alterações ao nível desta função é cada vez maior; entre elas, sobressaem artrite reumatoide, amputação, AVC, esclerose múltipla, traumatismo craneoencefálico ou lesão medular como os problemas clínicos que provocam maior disfunção de movimento. Cada uma delas transporta o seu conjunto próprio de manifestações, objetivos de tratamento e modalidades de terapêutica do movimento.

HOEMAN (2011) fala-nos na recuperação do movimento pela terapia do mesmo como um dos requisitos fundamentais no processo de reabilitação destas patologias. Por recuperação do movimento a mesma autora entende como o atingir de um objetivo de que o organismo era capaz antes da lesão neural. Segundo a mesma autora os objetivos gerais desta terapia passam por prevenir a síndrome de desuso e outras complicações, bem como potencializar o desempenho ideal das atividades de vida diária (AVD's) e atividades de vida instrumentais (ADVI's).

Se numa fase inicial (primeiras 12/24-36 horas) o repouso é o desejado, a partir daí passa a ser um fator limitador de todo o potencial de recuperação, nomeadamente: aumento do tempo de internamento, maior utilização dos serviços de saúde e maior dependência nas atividades de vida diária.

São várias as causas que podem estar na origem de imobilidade. VALLBONA (1984, cit CRUZ *et al*, 2007) considera 4 tipos de inatividade que podem levar a situações de imobilização:

- Repouso prolongado no leito prescrito para tratamento de uma doença ou lesão;
- Atividade neuromuscular restrita devido a paralisia;
- Permanência contínua na mesma posição;
- Estado de imponderabilidade (viagem espacial ou simulação)

A imobilidade pode conduzir a um ciclo vicioso que exige que sejam tomadas medidas no sentido de quebrar esse ciclo e as suas consequências (ANEXO II – Ciclo da imobilidade).

Na definição do plano de intervenção individualizado a cada pessoa doente/família, é fundamental realizar uma avaliação detalhada e precisa da condição física anterior e atual, da condição social, económica e familiar.

Ao realizar esta avaliação estamos a dar início ao que Roper designa de Enfermagem Individualizada ou seja ao Processo de Enfermagem. Este compreende 4 fases: o exame (avaliação inicial), o planeamento, a implementação (intervenção) e a avaliação.

Assim, ao nível da condição física e particularizando a mobilidade sobressaem três aspetos a avaliar: a força muscular, o tónus muscular e a amplitude articular.

A avaliação da força muscular consiste na avaliação da relação de forças interiores e exteriores e é definida por graus, relativos à força da gravidade e/ou à resistência imposta (QUEIRÓS *et al*, 2006) (Anexo III – Escala de avaliação da força e função muscular).

O tónus pode ser avaliado de duas formas: palpação ou mobilização passiva. O primeiro é um processo grosseiro e impreciso que permite deduzir das propriedades físicas de um músculo. O segundo é um processo mais preciso e fiável que consiste em afastar os pontos de inserção de um músculo, desenvolvendo-se uma tensão contráctil moderada e uniforme. O tónus é a resistência encontrada durante o movimento.

A amplitude articular consiste na avaliação dos movimentos permitidos para uma articulação com determinado grau de liberdade (Anexo IV – Limites da amplitude articular dos membros superiores e inferiores).

Realizada a avaliação, há que traçar um plano de intervenção (planeamento) que deve passar obrigatoriamente por um programa de exercícios terapêuticos regulares com a finalidade principal de evitar contracturas ou atrofia e manter o tónus, força e a função muscular. O exercício terapêutico é a ferramenta-chave para restaurar e melhorar o bem-estar músculo-esquelético ou cardiopulmonar da pessoa com qualquer alterações a estes níveis. De acordo com KISNER e COLBY (2009), os efeitos positivos do exercício terapêutico incluem prevenção de disfunções, desenvolvimento, melhora, restauração ou manutenção da normalidade de: força, resistência à fadiga, mobilidade e flexibilidade, relaxamento, coordenação e habilidade.

Este programa de exercício de acordo com a literatura consultada pode assumir dois termos: programa de mobilizações articulares (BRANCO e SANTOS, 2010; QUEIRÓS *et al*, 2006) ou programa de exercícios de amplitude de movimento - ADM (KISNER e COLBY, 2009; HOEMAN, 2011). O conceito de mobilização está relacionado com o conceito de cinesioterapia - terapia pelo movimento (BRANCO e SANTOS, 2010). A cinesioterapia é a designação atribuída aos processos terapêuticos que visam a reabilitação funcional através da realização de movimentos ativos e passivos. Tem como objetivo prevenir, eliminar ou diminuir os distúrbios do movimento e função (QUEIRÓS *et al*, 2006).

O movimento de um segmento corporal ocorre quando músculos ou forças externas movem os ossos. Os ossos movem-se um e relação ao outro nas conexões articulares. A estrutura das articulações assim como com a integridade e flexibilidade dos tecidos moles afeta a quantidade de movimento que pode ocorrer entre dois ossos. Ao movimento completo que pode ocorrer entre dois ossos, ou seja, à quantidade de movimento presente numa articulação dá-se o nome de **amplitude de movimento**. Quando um segmento se move na sua amplitude de movimento, todas as estruturas da região são afetadas: músculos, fáscias, vasos e nervos. Um programa de exercícios de amplitude de movimento consiste no planeamento individualizado de um conjunto de exercícios destinados a alcançar ou manter o maior movimento possível entre dois ossos de uma determinada pessoa.

Para manter a amplitude de movimento normal, os segmentos articulares precisam de ser movimentados nas suas amplitudes completas periodicamente. Muitos fatores podem levar a uma diminuição da ADM, como doenças sistêmicas, articulares, neurológicas ou musculares, agressões cirúrgicas ou traumáticas, ou simples inatividade ou imobilização por alguma razão. As amplitudes de movimento podem ser articular ou muscular. As amplitudes de movimento articular disponível são geralmente medidas com um goniómetro e registadas em graus. Para descrever a amplitude articular são utilizados termos como: flexão, extensão rotação, abdução, adução. A amplitude muscular relaciona-se com a excursão funcional (distância que o músculo é capaz de encurtar após ter sido alongado ao máximo) dos músculos (KISNER e COLBY, 2009).

Os mesmos autores definem 4 tipos de exercícios de amplitude de movimento:

**ADM PASSIVO** – movimento dentro da ADM livre para um segmento que é produzido inteiramente por uma força externa. Não há contração muscular voluntária. A força externa pode vir da gravidade, de um aparelho, de outra pessoa ou de outra parte do corpo do próprio indivíduo.

Quando a pessoa não está apta ou não se acha apta para mover ativamente um ou mais segmentos do seu corpo, a ADM passiva controlada é usada para diminuir as complicações da imobilização de modo a:

- Manter a integridade da articulação ou tecido mole;
- Minimizar efeitos da formação de contracturas;
- Manter a elasticidade mecânica do músculo;
- Assistir a circulação e dinâmica vascular;
- Melhorar o movimento sinovial para nutrição das cartilagens e difusão de substâncias dentro da articulação;
- Diminuir ou inibir dor;
- Auxiliar o processo de cicatrização após uma lesão ou cirurgia;
- Ajudar a manter a consciência de movimento no doente.

**ADM ACTIVO/ACTIVO-ASSISTIDO** – Uma ADM ativa consiste no movimento de um segmento que é produzido por uma contração ativa dos músculos que cruzam aquela articulação. Este pode ser realizado autonomamente pela própria pessoa ou pode ser realizado sob assistência de uma força externa manual ou mecânica, uma vez que os músculos que iniciaram o movimento precisam de assistência para completa-lo.

Quando a pessoa está apta para contrair ativamente os seus músculos e mover um segmento com ou sem assistência, e quando não existem contra-indicações a ADM ativa é usada para:

- Alcançar as mesmas metas da ADM passiva com os benefícios adicionais de resultar em contração muscular;

- Manter elasticidade e contractilidade fisiológica dos músculos participantes;
- Dar feedback sensoriais dos músculos em contração;
- Prover estímulos para integridade óssea;
- Aumentar a circulação e prevenir a formação de trombos
- Desenvolver coordenação e habilidades motoras para atividades funcionais

Quando a pessoa tem musculatura fraca usa-se a ADM ativo-assistida ou ativa para que o músculo de uma maneira cuidadosamente controlada possa funcionar no seu nível máximo e progressivamente ser fortalecido.

**ADM ACTIVO-RESISTIDOS:** é uma forma de exercício de ADM ativo no qual uma contração muscular mecânica ou estática é resistida por uma força externa que pode ser aplicada manualmente ou mecanicamente. A doença, o desuso e a imobilização conduzem à fraqueza muscular. Se há medida que um músculo se contrai for feita uma resistência contra ele, o músculo tornar-se-á mais forte após um certo período de tempo. Consequentemente, a resposta cardiovascular do músculo melhora aumentando a resistência à fadiga e a sua potência. A finalidade maior deste tipo de exercícios é melhorar a função física. Um programa de exercícios ativos resistidos é fundamental em grupos musculares não afetados a fim de contribuir para independência funcional e para aumentar a circulação sanguínea contra lateral. À medida que o doente vai evoluindo e readquirindo força muscular nos locais afetados estes exercícios são imprescindíveis para a realização de atividades de vida mais complexas, como seja por exemplo, andar.

Em anexo V (Exercícios de amplitude de movimento) demonstramos alguns tipos de exercícios de amplitude de movimento que podemos realizar ao nível dos membros superiores e inferiores.

É cada vez maior o número de pessoas que no decorrer do seu ciclo de vida são confrontadas com situações que mudam para sempre as circunstâncias e o rumo desse ciclo. Nestas alturas é preciso refazer planos, reorganizar objetivos, reestruturar a vida humana e todo o seu meio envolvente. Na ajuda e no apoio à pessoa/família que sofre uma transição provocada por um episódio de doença surge a Enfermagem.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de Saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a mesma. Procura-se também a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária bem como a adaptação funcional aos défices (OE, 2003). Uma das formas de o conseguir fazer é através de um programa de reabilitação.

Depois de a pessoa estar fisicamente estabilizada, inicia-se o restabelecimento da sua independência ou recuperação do seu nível de função pré-lesão ou pré-incapacidade. Falo de **Reabilitação**.

*A Reabilitação é um processo dinâmico orientado para a saúde. que auxilia um indivíduo que está enfermo ou incapacitado para atingir o seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e económico. O processo de reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência (LEITE e FARO, 2005, p.93).*

De acordo com a OE, a reabilitação “dirige-se aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crónica e/ou paliativa com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2009, p. 7). Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência, e a máxima satisfação da pessoa contribuindo deste modo para a preservação da sua autoestima (Regulamento 125/20011, p. 8658).

Como já foi referido anteriormente, muitas das situações de doença produzem incapacidades e desvantagens que conduzem a modificações significativas na vida das pessoas, suas famílias e sociedade. É exigido a intervenção de técnicos qualificados para conduzir processos de adaptação á nova realidade, diferente, mais complexa e com dimensões e processos nem sempre fáceis de enquadrar no ritmo de vida moderna. Um desses técnicos exigidos é o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que pelo conhecimento, *skills*, experiências e atitudes, tem a capacidade de intervir junto do e com o utente/família como perito no variado leque de situações que se impõem.

De acordo com a OE

*O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de Reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem tomar-lhe decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Regulamento 125/2011, p. 8658).*

Para HOEMAN (2011) a enfermeira de reabilitação acompanha os progressos científicos da ciência do movimento, porque o desenvolvimento de novos conhecimentos afeta a prática e caracteriza a orientação de académicos e investigadores da disciplina.

O processo de Reabilitação pela envolvimento multifactorial e multidimensional que o envolve, exige uma abordagem Interprofissional. Para ter sucesso, exige uma coordenação, complementaridade e conjugação de interesses de uma equipa que tem no seu centro de interesse a pessoa/família e que, em seu torno, envolve, enfermeiro, médico, fisioterapeuta,

terapeuta da fala, psicólogo, assistente social, entre outros. Cada um tem a sua área de conhecimento especializado que converge em prol das necessidades e objetivos da pessoa/família. Falamos assim no conceito de interdisciplinaridade em que a "(...) coordenação dos profissionais deve permitir a otimização de todas as energias e promover um verdadeiro trabalho interdisciplinar (...) em que o todo formado pela equipa é de uma riqueza diferente da soma das partes que o constituem"(HESBEEN, 2003, p. 70).

CECATTO (2010) reforça a ideia, referindo a importância de equipas interdisciplinares para que o tratamento seja ao mesmo tempo nas áreas motoras, cognitivas, emocionais, sociais e familiares. JOHNSTONE acreditando que a resposta, em primeiro lugar, está no trabalho em equipa e reconhecendo que os primeiros dias de internamento são vitais no desenvolvimento positivo de processo de Reabilitação da pessoa/família, considera que a equipa de enfermagem é de primordial importância. "A enfermeira que trata um doente hemiplégico logo nos primeiros dias de internamento é o elemento chave de qualquer unidade de reabilitação" (1987, p.8). De facto, o enfermeiro de todos os elementos que constituem a equipa de reabilitação, é o elemento que está mais próximo do utente em tempo e em espaço físico o que lhe confere uma vantajosa oportunidade de atuação e acompanhamento de perto de todo o processo.

São várias as áreas de intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação, nomeadamente: cardiorespiratório, motora, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação vesical, eliminação intestinal e sexualidade. Em cada uma destas áreas, após recolher informações pertinentes e utilizar escalas de medida para avaliar estas funções, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação e da sexualidade. Destas sobressaímos a intervenção ao nível da função motora em virtude da temática em estudo.

Constitui hoje um imperativo consensual a necessidade de prestação precoce de cuidados de enfermagem de reabilitação que visam enfatizar as capacidades de autocuidado, em vez de se considerar as incapacidades e as limitações, procurando o estabelecimento de um padrão normal de vida ou seja a maior e melhor autonomia e reintegração social possível. A OE reforça esta ideia ao considerar que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

Por Auto Cuidado entende-se "ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida" (CIPE, 2003, p.55).

Doroty Orem na sua teoria do autocuidado define o conceito como a prática de atividades que a pessoa inicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Para HOEMAN (2011) num processo de reabilitação, o autocuidado é mais do que um grupo de capacidades aprendidas, é um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais.

Face a tudo o que até aqui foi exposto relativamente às desvantagens provocadas pela imobilidade e vantagens de contrariar esta situação, se clinicamente estável, a mobilização precoce deve ser assim incentivada para diminuir a possibilidade de desenvolver maiores complicações que impeçam a recuperação, que aumentem o risco e as morbilidades, que comprometem a capacidade da pessoa de participar no seu processo de reabilitação.

Das inúmeras razões fisiológicas para o início precoce do processo de reabilitação, e mais concretamente o início precoce de um programa de exercícios de amplitude de movimento, sobressai a prevenção de trombose venosa profunda, úlceras de pressão, descondicionamento autonómica, pele, infeções pulmonares, formação de contractura, e enfraquecimento muscular. Este último pode ser rápido e devastador para a recuperação funcional.

BRANCO e SANTOS (2010) referem que a atitude de um enfermeiro de reabilitação perante um doente com alteração da mobilidade voluntária é de extrema importância, prendendo-se o objetivo do seu cuidar no atingir de um maior nível de independência e autonomia possível.

Assim, de uma forma mais detalhada, os objetivos de intervenção de enfermagem ao nível da mobilidade consistem em:

- Prevenir as complicações associadas à diminuição ou ausência do movimento;
- Aumentar a força muscular e a mobilidade;
- Manter e aumentar a independência em atividades que exigem desempenho motor;
- Prevenir as lesões ou traumatismos durante a atividade;
- Ajustar-se e adaptar-se à mobilidade alterada;
- Participar em atividades sociais e ocupacionais;
- Compreender as intervenções específicas relacionadas com o compromisso da mobilidade (HOEMAN, 2011)

Ao executar um programa de mobilizações, o enfermeiro de reabilitação deve ter em conta os seguintes princípios:

- Conhecer detalhadamente a situação clínica do doente;
- Procurar que a pessoa compreenda o exercício a realizar mantendo-se atenta e relaxada;
- Posicionar corretamente o doente para garantir uma boa execução dos movimentos;
- Executar os movimentos de forma suave e firme sem nunca ultrapassar os limites da dor;
- Respeitar a amplitude articular existente ou mantê-la dentro dos limites normais.

(BRANCO e SANTOS, 2010)

Ao mesmo tempo, é também objetivo da enfermagem de reabilitação envolver a família, capacitando-a para lidar efetivamente com a situação e para sobre ela obter um melhor controlo. O enfermeiro deve demonstrar e validar com a família os vários tipos de mobilizações tendo em atenção o estabelecimento de padrões e amplitudes de movimento sem dor, a sua realização de forma moderada com movimentos lentos e suaves (BRANCO e SANTOS, 2010).

Assim, face a tudo o que foi exposto, o enfermeiro de reabilitação revela ter um papel fundamental ao nível da re aquisição/readaptação da atividade de vida mobilizar-se quando esta sofre alterações. A reabilitação físico-motora não pode ser entendida como uma complementação ao tratamento, trata-se de um processo de cuidar precoce abrangente e holístico.

## 1.2 – A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO TRAUMÁTICO

São várias as patologias oriundas do foro neurológico traumático, destas sobressaímos duas: traumatismo crânio-encefálico (TCE) e o traumatismo/lesão vertebro medular (TVM/LVM).

De acordo com a Direção Geral de Saúde, o crescimento e desenvolvimento tecnológico verificados nas últimas décadas, a par das alterações do ritmo e modo de vida, têm levado ao aparecimento de um elevado número de deficientes, vítimas de acidentes de trânsito e de trabalho em idades cada vez mais jovens e produtivas que necessitam de intervenções urgentes no âmbito da Reabilitação.

De acordo com a mesma fonte, em 2008, Portugal foi o país da União Europeia com maior taxa de mortalidade por acidente com veículo a motor – 16,83%. Ao mesmo tempo, em Portugal os acidentes constituem a segunda causa de morte de pessoas com idades compreendidas entre 5 e 44 anos.

O processo de adaptação efetiva a qualquer uma destas lesões é longo e contínuo. A pessoa vê e sente na sua grande maioria das vezes alterações aos vários níveis da sua vida: eventual separação de amigos, rutura de relação amorosa, alteração dos planos futuros, transformação na imagem corporal e autoestima.

O TCE pode provocar lesão do couro cabeludo, crânio e tecidos cerebrais separados ou conjuntamente. A gravidade da lesão é cerebral é influenciada por um conjunto de variáveis, nomeadamente: localização da lesão, sentido do impacto, velocidade de passagem da força, zona de passagem da força, proteção ou não da cabeça na altura do impacto. A lesão nos tecidos cerebrais pode incluir concussão, contusão ou laceração. Uma das consequências mais graves e com maior repercussão é o edema cerebral causado muitas vezes por hemorragia. Esta é uma situação que exige do profissional de enfermagem uma cuidadosa e continua observação. O tratamento médico para estas situações pode ser cirúrgico (trepanação, craniotomia) ou conservador.

Os cuidados imediatos passam pelo repouso e controlo de convulsões, controlo dos sinais vitais e manutenção da temperatura, promoção de uma ventilação adequada, vigilância da drenagem dos ouvidos e nariz, controlo do edema cerebral, manutenção do equilíbrio hidroelectrolítico, manutenção da eliminação, prevenção de complicações (pneumonia, infeção urinária, atelectasia), promoção de apoio emocional, ensino ao doente/ família.

Como cuidados a longo prazo, encontra-se o retomar das atividades. Este período depende da lesão sofrida e de quão rápida tenha sido a recuperação. Para tal, a precocidade do processo de reabilitação assume um papel preponderante. Consoante a gravidade da lesão, o repouso prolongado no leito e a inatividade pode levar a um grande grupo de complicações que afetam o movimento. Hoje em dia, pensa-se que a maior recuperação do movimento ocorre nos primeiros 6 meses após a lesão. Os objetivos a curto prazo para a recuperação do movimento destinam-se a melhorar áreas específicas de competência como a força, a coordenação, a amplitude do movimento, o equilíbrio a postura, a mobilidade e segurança. A terapia do movimento orienta-se para a melhoria da função.

Relativamente ao **TVM**, no decorrer do estágio, este foi, sem dúvida, o grupo sobre o qual prevaleceu mais a nossa atuação em virtude não só do predomínio existente da patologia mas também devido à própria dinâmica e organização estrutural da instituição na resposta à oportunidade de aprendizagem face aos vários formandos em estágio. Assim, seguidamente abordaremos esta patologia de uma forma um pouco mais aprofundada, direcionada e enquadrada na temática em estudo.

O traumatismo vértebro-medular ocorre quando “forças energéticas externas atingem o corpo, de uma forma direta ou indireta, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e/ou espinal medula” (OE, 2009). A lesão pode ocorrer por compressão, tração ou rutura de tecidos. Estão normalmente relacionados com traumas mecânicos resultantes de acidentes de viação, de trabalho, da prática desportiva, entre outros. As regiões da coluna vertebral mais frequentemente atingidas estão situadas entre C5 e C7 na região cervical, e entre T12 e L2 na região dorso lombar.

Em 2005 a ICCP (Internacional Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis) considerou as lesões medulares como uma epidemia global com uma média anual de incidência de 22 novos casos por milhão de habitantes no mundo ocidental e desenvolvido. Estima ainda que em cada ano mais de 130.000 pessoas sobrevivam a um trauma medular com as devidas limitações e condicionamentos (OE, 2009).

A lesão medular é uma das lesões mais devastadoras do ponto vista orgânico e psicológico constituindo-se um verdadeiro desafio para a reabilitação. Ela é caracterizada pelo compromisso da motricidade, sensibilidade superficial e profunda e distúrbios neurovegetativos dos segmentos do corpo que se localizam abaixo do nível de lesão (DELISA, 2002). Os sintomas ocorrem de acordo com o nível de lesão, a extensão e o tempo do acometimento. A

lesão pode ser classificada como completa, quando as funções motoras e sensitivas encontram-se interrompidas abaixo do nível do trauma, ou incompleta, quando existe função motora e/ou sensitiva preservada abaixo da lesão. A pessoa pode ainda apresentar mudanças nas funções fisiológicas representadas por alterações respiratórias, vasculares, urinárias, intestinais e músculo-esqueléticas (CAVENAGHI, GAMA, VALÉRIO, MARINO e RAMIREZ, 2005).

De acordo com a localização da lesão fala-se em paraplegia ou tetraplegia. A tetraplegia resulta de lesões da medula a nível cervical (acima do segmento T1) e refere-se á paralisia parcial ou completa dos quatro membros, tronco e órgãos pélvicos. A paraplegia resulta de lesões da medula a nível torácico, lombar ou das raízes sacrais e refere-se á paralisia parcial ou completa de parte ou ambos os membros inferiores, tronco e órgãos pélvicos. Inicialmente, na maior parte das lesões da espinal medula ocorre um período de paralisia flácida e perda completa ou quase completa de todos os reflexos – **choque medular ou neural ou arreflexia** – esta é uma situação transitória. Durante as próximas horas, dias e semanas, os músculos envolvidos começam gradualmente a tornarem-se espásticos e hiper-reflexivos.

**A lesão ao nível da coluna cervical** é a mais crítica que pode ocorrer. Ela provoca paralisia dos 4 membros e do tronco.

**Ao nível torácico** a lesão resulta em perdas musculares do tórax, tronco, intestino, bexiga e membros inferiores.

**Ao nível da região lombar e sagrada**, a lesão resulta em paralisia dos membros inferiores. Quando a lesão ocorre na **região sagrada baixa e raízes da cauda equina**, os sinais são variáveis e menos graves (PHIPPS *et al*, 2003).

O principal objetivo do tratamento imediato perante uma LVM consiste em prevenir ou minimizar qualquer défice neurológico daí resultante. Em primeira instância encontra-se a abordagem pré-hospitalar cujo objetivo é a estabilização imediata da vítima e o respectivo transporte para uma unidade hospitalar. Esta atuação efetua-se de acordo com as guidelines internacionais de prioridades de socorro à vítima: **A** (Airway- Via Aérea), **B** (Breathing- Ventilação), **C** (Circulation - Circulação); **D** (Disability – Disfunção Neurológica); **E** (Exposure - Exposição).

À chegada a uma unidade hospitalar o objetivo fundamental é prevenir as complicações que ponham em risco a vida, otimizando ao mesmo tempo o funcionamento de todos os sistemas orgânicos: oxigenação, imobilização da coluna cervical, monitorização dos sinais vitais, sonda gástrica com aspiração contínua, drenagem vesical, vigilância e regulação da temperatura, exames radiológicos. Após estes procedimentos, a vítima deverá ser então transportada, sempre que possível, para uma unidade de cuidados intensivos. Aqui os principais objetivos de intervenção são no sentido de prevenir o agravamento das lesões, complicações cardiovasculares e respiratórias e promover a estabilização hemodinâmica. Outro dos

principais objetivos é a prevenção de todas e quaisquer complicações que possam atrasar ou impedir o processo de reabilitação que começa aqui (OE, 2009).

Os dois principais objetivos da reabilitação a este nível passam por minimizar a incapacidade e ajudar o doente a alcançarmos a sua máxima independência. O sucesso da reabilitação depende da extensão e nível da lesão, das reações emocionais do doente, da sua idade entre outros fatores.

Uma das áreas importantíssimas no processo de reabilitação diz respeito à mobilidade. A atividade neuromuscular restrita, devido á paralisia, é um tipo de inatividade que pode levar a situações de imobilidade. Esta por sua vez conduz a uma conseqüente redução da atividade muscular com a redução da capacidade funcional do sistema músculo-esquelético.

*As articulações que permanecem imóveis durante longos períodos perdem amplitude articular, surgem contracturas articulares e musculares devido a fibrose, ficam rígidas e os músculos encurtam. A força muscular diminui até 15% por semana. A redução da atividade muscular compromete a irrigação sanguínea e a atividade metabólica, com diminuição do débito de O<sub>2</sub> e atrofia muscular (OE, 2009, p. 36).*

A mobilização precoce do doente é importantíssima, independentemente do nível de lesão. A cinesioterapia, faz-se por meio dos já referidos, exercícios passivos, ativos, ativos-assistidos e ativos-resistidos tornando-se relevante em todo o processo de reabilitação intra e extra hospitalar para melhorar a aptidão física e promover a independência funcional. Um programa deste tipo de exercícios deve ser estabelecido de modo individualizado e adaptado. Deve ser definido atendendo ao tipo e nível de lesão, fixação ou não de fratura vertebral, presença de choque medular, espasticidade, dor, lesões associadas e evolução clínica. A precocidade deste programa é eficaz em todas as fases da doença, previne deformidades, proporciona maior independência funcional e melhora a qualidade de vida. A cinesioterapia passiva é imprescindível na manutenção da amplitude articular e da flexibilidade enquanto os exercícios de resistência e de força muscular previnem as complicações circulatórias e melhoram as capacidades funcionais (CAVENAGHI *et al*, 2005).

Indissociável do doente neste processo de reabilitação está a sua família. A família deve ser incorporada na equipa de cuidados e reconhecida como um sistema dinâmico que participa como um apoio contínuo, na solução de problemas e aprende a realizar cuidados contínuos necessários.

As incapacidades e desvantagens que a doença provoca, conduzem a modificações significativas na vida da pessoa mas também na vida daqueles que com ela convivem diariamente e sobre a qual nutrem sentimentos de amor, apreço, amizade, ternura – a família.

O binómio doente-família é indissociável. No contexto sociocultural atual, a família continua a desempenhar um papel fundamental e a ser a unidade básica em que nascemos, nos desenvolvemos e socializamos. É nela e com ela que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo da sua vida. Ela é

considerada o grupo social de ligação entre a pessoa e a sociedade, constituindo, por excelência, um meio de realização pessoal e da integração da pessoa na comunidade daí que é impossível falarmos em pessoa, utente, doente, sem falarmos na sua família.

Uma doença incapacitante como a LVM ou TCE exige um enorme reajustamento em toda a dinâmica familiar (MARQUES, 2007). Tal como já foi referido, a maioria destes doentes, sobrevivem com variadíssimos graus de incapacidade e morbilidade o que constitui um fator perturbador no quotidiano do doente e da sua família que muitas vezes vê os papéis que cada um desempenha serem completamente alterados. Ela desempenha um papel fundamental durante a fase de recuperação principalmente aquando do regresso do doente ao domicílio daí que seja imprescindível que desde cedo a família cuidadora seja integrada no processo de reabilitação.

Assim, perante tudo o que até aqui foi mencionado, pode concluir-se que a Enfermagem de Reabilitação tem aqui um campo de intervenção poderoso, dinâmico e complexo onde as ações desenvolvidas deverão ser convergentes e sinérgicas, segundo uma estratégia com objetivos comuns entre os demais profissionais de saúde. Promover ações 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 otimizar a qualidade de vida dos utentes, família e comunidade, a sua socialização e a sua dignidade são responsabilidades do enfermeiro especialista de reabilitação.

### 1.3 – A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO NÃO TRAUMÁTICO

De entre as várias patologias que preenchem o grupo das doenças neurológicas não traumáticas vamos sobressair o AVC como foco primário de atenção e intervenção no decorrer do respetivo ensino clínico.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2008) as mortes por doença Cerebrovascular estão a diminuir (passando de 15,5% em 2004 para 14,8% em 2008) contudo, Portugal continua a ter uma das mais altas taxas de incidência da União Europeia para idades compreendidas entre os 0 e os 64 anos de idade (13,5% - 6º lugar) e em Portugal esta continua a ser uma das principais causas de morte com uma representação de 13,9% (PORTUGAL. Direção Geral Da Saúde, 2008).

De acordo com dados recolhidos anualmente pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (CNDCV), o número de doentes admitidos em unidade de AVC pela Via Verde aumentou de 10% em 2006 para 26% em 2010.

Assim fisiologicamente o **AVC** resulta de uma restrição de aporte sanguíneo ao cérebro, o que provoca lesões celulares e compromisso da função neurológica (HOEMAN, 2011). As alterações provocadas podem ser reversíveis ou irreversíveis tendo em conta o tempo de interrupção do aporte circulatório.

O AVC pode ser causado por 2 mecanismos diferentes (BRANCO e SANTOS, 2010):

- Oclusão de um vaso por trombo ou embolo, provocando isquemia e enfarte do território dependente desse vaso;
- Ruptura de uma malformação vascular (aneurisma ou angioma) ou ruptura de uma artéria intracerebral de pequeno calibre originando hemorragia intracraniana

O AVC pode afetar qualquer zona do cérebro. As alterações decorrentes são dispersas e apresentam inúmeras implicações na vida da pessoa e sua família. As suas consequências dependem da área afetada, da gravidade da lesão bem como do seu estado de saúde.

A pessoa com AVC pode apresentar predominantemente as seguintes alterações:

#### ✚ Alterações motoras:

- *Alteração do Tônus* – A *hemiplegia* é uma das principais consequências resultantes de um AVC que condiciona muito o processo de reabilitação da pessoa/família

- **Fase Inicial** (primeiras semanas) – **hemicorpo lesado flácido** – tônus baixo (o doente é incapaz de manter o membro numa determinada posição e não se verifica resistência aos movimentos passivos - ausência de consciencialização e perdas dos padrões dos movimentos do hemicorpo lesado, bem como a adoção de padrões inadequados pelo hemicorpo são, utilizados como compensação)

- **Com o passar do tempo:** o retorno da função muscular é acompanhado pelo desenvolvimento de **padrão** espástico que se caracteriza por um quadro de hipertonia. Neste quadro, verifica-se o aumento da resistência ao movimento passivo.

A distribuição da espasticidade é variável, sendo, normalmente, mais intensa em certos padrões que envolvem os músculos anti gravíticos do hemicorpo lesado, mais concretamente os flexores e adutores dos membros superior e os extensores do membro inferior. Instala-se inicialmente nos segmentos distais, evoluindo, posteriormente, para os segmentos proximais. Ela produz características típicas, como as posturas anormais e movimentos estereotipados. A velocidade com que este padrão se instala está diretamente relacionada com o local, a gravidade da lesão e a ausência ou o desenvolvimento de um programa precoce de reabilitação.

#### ✚ Alterações da função sensorial:

- Défices sensoriais superficiais (tácteis, térmicos e dolorosos)
- Défices sensoriais proprioceptivos (sensibilidade profunda – postural e vibratória)
- Défices sensoriais visuais (diminuição da acuidade visual, hemianopsia, diplopia e agnosia)

#### ✚ Alterações da função perceptiva:

**Apraxia** (uma das mais frequentes) - incapacidade para programar uma sequência de movimentos)

- Ideomotora (gestos)
- Ideativa (tarefa)
- Vestir (tarefas funcionais do acto de vestir)
- Construtiva (incapacidade para construir modelos a duas e três dimensões)
- Estrutural (Ilusão da redução de tempo)

**Afasia** (perda ou perturbação de uma capacidade preexistente de compreensão e/ou formulação de linguagem)

- De Broca (incapacidade de traduzir o pensamento em palavras)
- De Wernick (caracteriza-se por um discurso fluente, as capacidades de nomeação e de repetição encontram-se perturbadas)
- Global (discurso não fluente, reduzida a um único vocábulo – impossível a identificação de objetos)
- Anómica (discurso fluente, dificuldade de evocar nomes - substantivos próprios, a compreensão auditiva, está conservada, bem como, a capacidade de repetição de palavras e frases)
- Condução (discurso espontâneo em geral fluente, podendo existir algumas hesitações, mas sem alterações na estrutura sintática)
- Surdez Verbal (situação rara, em que o doente é incapaz de compreender auditivamente a linguagem – capacidade de leitura e escrita mantidas)

**Agrafia** (incapacidade de expressar o pensamento através da escrita)

**Alexia** (incapacidade para compreender a escrita)

**Amúsia** (incapacidade para compreender a música)

**Acalculia** (incapacidade para cálculos matemáticos)

**Disartria** (incapacidade em articular palavras)

**Disfonia** (alteração ou enfraquecimento da voz)

#### ✚ Alterações do comportamento: Labilidade emocional, distrabilidade, irritabilidade impulsividade, sonolência, problemas sexuais

### ✚ Alterações na alimentação:

**Disfagia** - A dificuldade em controlar esta atividade está de certa forma relacionada com a incapacidade de beber, comer, mastigar, engolir e com a consistência dos alimentos. Os exercícios de reabilitação assumem um papel importante na recuperação da pessoa com paralisia facial, objetivando recuperar o tónus muscular facial, evitar deformidades e manter a flexibilidade e elasticidade muscular desenvolvendo para tal exercícios passivos e/ou ativos dos músculos da face, exercícios labiais e linguais e exercícios de expressão facial

### ✚ Alterações da eliminação

- **Vesical:** retenção urinária (numa fase inicial por abolição do tónus vesical), incontinência de urgência
- **Intestinal:** obstipação (diminuição da atividade reflexa do intestino e dos movimentos associados a uma diminuição da mobilidade em geral)

Uma vez elaborado corretamente, o diagnóstico, há que intervir com a maior brevidade possível dirigindo o tratamento à especificidade do AVC. Sempre que possível, a pessoa deve ser encaminhada para um unidade de AVC, que atualmente constituem um investimento e uma preocupação nacional, política e humana face ao aumento significativo na incidência desta patologia no nosso País e face aos cuidados de excelência de cuidados que estas Unidades podem oferecer traduzindo-se em benefícios extremamente positivos na melhoria clínica e recuperação do doente. De acordo com BRANCO e SANTOS (2010) o internamento em unidades de AVC tende a diminuir a demora média de internamento e rentabilizar os recursos materiais.

O tratamento nesta fase aguda inicial (primeiras 24 horas) consiste na estabilização hemodinâmica do doente e prevenção de ulterior lesão cerebral (PHIPPS *et al*, 2003). As medidas imediatas são predominantemente de vigilância e controle dos sinais vitais estado fisiológico e estado neurológico, realização de exames complementares de diagnóstico, farmacológica, e se necessário, técnicas interventivas (endarectomia, angioplastia...).

Os principais cuidados para além dos anteriores passam pela promoção da nutrição, promoção da atividade/mobilidade (posicionamento dos membros afetados em posição anatómica, programa de exercícios de mobilização, mudanças de decúbito com regularidade), promoção da eliminação, promoção de apoio emocional, promoção da comunicação e compensação de dificuldades de perceção (PHIPPS *et al*, 2003).

Após um evento cerebrovascular como o AVC, a intervenção precoce ao nível da reabilitação é primordial. BRANCO e SANTOS (2010) diz-nos que a reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento imediato pós AVC. Ela deve iniciar-se 48 a 72 horas após a lesão e engloba:

- Prevenção de complicações respiratórias – reeducação funcional respiratória
- Prevenção de complicações motoras – posicionamentos e mobilizações dos segmentos articulares em padrão anti-espástico – reeducação funcional motora
- Estimulação cognitiva

Segundo PHIPPS *et al* (2003) a preocupação com os cuidados nesta fase está diretamente relacionada com o evitar de complicações a partir do AVC primário, pela imobilidade, pela dependência que provoca e pela perda da função causada por deficits focais. Segundo os mesmos autores, os três objetivos básicos da reabilitação são: evitar maior deterioração da situação, manter as capacidades existentes e restabelecer o maior possível a função.

As atividades de índole técnica, iniciadas ainda na fase aguda, logo após a estabilização da pessoa visam a melhoria da função e a prevenção de uma maior incapacidade por complicações secundárias. Elas preconizam a (re) aprendizagem do controlo postural e padrões de movimento básico, através de:

- Restabelecimento de controlo postural;
- Normalização de impulsos tácteis, propriocetivos e cinestésicos;
- Inibição da espasticidade de modo a facilitar o movimento nos padrões normais e dentro de uma habilidade funcional;
- Evitar o aparecimento de contracturas e conseqüentemente deformidades e dor através do correto alinhamento corporal;
- Inibir padrões de movimento indesejado

(BRANCO e SANTOS, 2010)

Muitas das alterações provocadas pelo AVC podem ser prevenidas. Uma das formas de o conseguir é instituindo precocemente (24-36 horas pós evento) a terapêutica pelo movimento, ou seja mobilizações.

De acordo com HOEMAN (2011, p.266-267) num doente com AVC os objetivos de um programa de mobilizações consistem em:

- Minimizar as anomalias do tono;
- Manter a amplitude de movimento;
- Melhorar as funções respiratórias e circulatórias;
- Mobilizar a pessoa nas atividades funcionais precoces como a mobilidade na cama, sentar, colocar de pé e transferências;
- Prevenir os problemas de desuso;
- Promover a consciência do lado hemiplégico;
- Melhorar o controlo do tronco, do equilíbrio sentado e em pé;
- Maximizar as atividades de autocuidado

BRANCO e SANTOS (2010, p.39) afirmam que

*O sucesso de um programa de Reabilitação em pessoa vítimas de AVC depende de um crescimento lento, repetitivo, persistente, com rotinas de exercícios (...) que deverão ser uma sequência de atividades de preparação para uma função real, e encaradas com o um tratamento ou um modo de vida durante 24 horas por dia.*

Assim, o processo de reabilitação é algo contínuo que tem início assim que o doente é admitido e prolonga-se para além da alta. Neste processo, o centro de interesse é sem dúvida a pessoa doente mas também a sua família. O peso sobre os prestadores de cuidados são muitas vezes ignorados e /ou minimizados. Quando a pessoa com doença crónica, incapacitante ou do desenvolvimento regressa ao ambiente familiar, verifica-se um impacto importante sobre o prestador de cuidados e o sistema familiar. Esta é uma problemática sobre a qual a enfermagem de reabilitação tem de estar cada vez mais atenta na medida em que se apela cada vez mais ao papel da família numa procriação responsável e consciente e uma educação efetiva dos valores culturais e morais da família e da sociedade, na função efetiva como ação principal da família na qual a pessoa é aceite pelo que é e não pelo que representa socialmente, e na consciencialização de que esta constitui por excelência o agente do desenvolvimento e mudança da sociedade (BRANCO e SANTOS, 2010).

HESBEEN (2003, p.52) diz-nos que a “reabilitação não interessa unicamente às pessoas deficientes ou incapacitadas. Os próximos, aqueles que fazem parte do seu ambiente afetivo são também afetados pelas potenciais situações de desvantagem já existente ou que possam vir a surgir”. Em virtude das circunstâncias que norteiam as filosofias de gestão das instituições hospitalares o tempo de internamento da pessoa é cada vez mais curto o que implica um menor restabelecimento e conseqüentemente um elevado grau de dependência aquando o regresso a casa.

A falta de treino e preparação adequados, de informação, de competências, de substituição do cuidador, de serviços de suporte, de redes de suporte fora de casa e de capacidade económica podem criar um *stress* e uma tensão insuportáveis sobre o prestador de cuidados. Muitas destas podem e devem ser identificadas durante a fase de preparação do regresso a casa. A este nível, o enfermeiro de reabilitação pode ter uma intervenção primordial uma vez que é o elemento da equipa que mais próximo está deste binómio e ao mesmo tempo é detentor de um corpo de conhecimentos e procedimentos especializados que podem ajudar a pessoa e família na resposta às suas necessidades. Face ao exposto, deve chamar-se os familiares a colaborar na continuidade da prestação de cuidados o mais precocemente possível, passando a realizar um conjunto de tarefas (até aqui realizadas por enfermeiros) tornando-os assim, elementos importantes da equipa de prestação de cuidados de saúde (MARQUES, 2007).

HESBEEN (2003) refere que o papel e as necessidades ou expectativas dos cuidadores não podem ser minimizadas. Eles necessitam muitas vezes de ações educativas, de entrevistas de orientação e familiarização com os aspetos com que se irão mais tarde confrontar.

#### 1.4 - A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO CARDIOVASCULAR – DOENÇA CARDÍACA

Atualmente, a doença cardiovascular constitui a primeira causa de morte entre os europeus de ambos os sexos. Os hábitos de vida pouco saudáveis aliado às dificuldades económicas e sociais têm contribuído para o evoluir desta situação. Paradoxalmente em virtude do aumento de longevidade e sobrevida destes doentes ela é também uma das principais causas de incapacidade e qualidade de vida (CARTA EUROPEIA DO CORAÇÃO, 2007).

Em Portugal e de acordo com os últimos dados divulgados pelo Agrupamento em Grupos Diagnóstico Homogéneo (2007), o cenário é semelhante e a doença cardiovascular constitui também a principal causa de morte. A OMS calcula que reduzindo ainda que apenas ligeiramente a HTA, o consumo de tabaco, a dislipidémia e a obesidade pode fazer-se cair a incidência da doença para mais de metade. A prevenção primária e secundária tornam-se fundamentais na luta contra as doenças cardiovasculares e suas complicações (GRUPO DE ESTUDOS DE FISIOPATOLOGIA DO ESFORÇO E REABILITAÇÃO CARDÍACA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2010). Entre os vários distúrbios cardiovasculares existentes sobressaio aqui as doenças cardíacas. Estas podem ser divididas em dois grupos: congénitas (anomalia estrutural provocada por erro do desenvolvimento embrionário do coração) e adquiridas (alteração adquirida depois do nascimento que pode surgir súbita ou gradualmente). A progressão de qualquer uma das doenças cardíacas pode levar à insuficiência cardíaca. Esta e as disritmias são a causa de muitos dos sintomas vulgarmente associados às diversas doenças cardíacas mas que com um diagnóstico ou um tratamento prematuro essas complicações poderão ser evitadas ou tratadas (PHIPPS *et al*, 2003).

São várias as doenças que preenchem este grupo: doenças cardíacas inflamatórias (miocardite, pericardite endocardite), doença valvular cardíaca (estenose mitral, regurgitação mitral, estenose aórtica, regurgitação da aorta, estenose tricúspide), aneurismas, doença da artéria coronária (angina, EAM), doença cardíaca hipertensiva, insuficiência cardíaca congestiva, entre outras. Cada uma destas patologias tem particularidades de intervenção para as quais o enfermeiro tem que estar alerta, informado e esclarecido sobre as mesmas.

As doenças cardiovasculares afetam pessoas com idades cada vez mais novas. Uma das principais é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) como pudemos comprovar quer em ensino clínico, quer diariamente no exercício das nossas funções enquanto enfermeira de um serviço de cardiologia. O **EAM** é causado por um súbito bloqueio de um, dos ramos de uma, ou mais, artéria coronária, que poderá ser suficientemente extenso para interferir nas funções cardíacas causando morte imediata ou provocar a necrose de uma parte do miocárdio. Este bloqueio

pode ser provocado por formação de um trombo, súbita progressão de alterações arterioscleróticas ou prolongada constrição das artérias (PHIPPS *et al*, 2003). O prognóstico após EAM reflete o grau de lesão funcional do coração. As características clínicas do EAM são determinadas pela localização anatómica e pela extensão da doença coronária oclusiva. Como principais manifestações clínicas salientam-se a dor em torno da região subesternal com irradiação ou para os braços ou para o pescoço ou para as costas. Poderão ser ainda manifestações de EAM dores abdominais e vômitos sugestivos de indigestão ou colecistite, dificuldade respiratória ou cianose.

O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível após confirmação do diagnóstico. O tratamento inicial passa promover a oxigenação dos tecidos, aliviar a dor, prevenir ulteriores lesões dos tecidos, promover a circulação coronária e prevenir complicações. Para tal recorre-se a fármacos de entre os quais sobressaio a terapêutica trombolítica cujo seu maior valor é a capacidade de ser administrada dentro do período crucial (3 a 6 horas), entre a oclusão da artéria coronária e a necrose real do tecido miocárdico. Para além dos fármacos surge a terapia de intervenção que pode passar por realização de cateterismo cardíaco com posterior angioplastia coronária percutânea transluminal (PTCA - colocação de stent nas zonas ocluídas) ou cirurgia de revascularização cardíaca.

Em primeira instância, a preocupação será a de evitar a ocorrência deste evento através da prevenção, deteção, correção e controlo de fatores de risco. Na evidência de não o conseguir evitar urge a concretização de um rápido e adequado tratamento e a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua recorrência. A reabilitação cardíaca (RC) surge integrada nesta prevenção secundária como forma de minimizar o impacto da doença na morbilidade e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. A RC não se destina somente às situações de EAM contudo esta patologia é o seu foco principal de atenção não só pelo impacto extremamente positivo sobre a doença e custos de saúde a ela associados, que já evidenciou que tem, como também pelas próprias condições de intervenção que a patologia reúne. Contudo, nos últimos anos a RC tem estendido a sua aplicabilidade a outras patologias nomeadamente aos doentes com IC, doentes com cardiodesfibrilhador (CDI), cardiopatia valvular, angina de peito, hipertensão arterial, doentes transplantados e doentes submetidos a cirurgia de revascularização cardíaca.

A OMS em 1993 definiu RC como “ a soma de atividades necessárias para assegurar as melhores condições físicas, mentais e sociais possíveis para que o doente possa pelos seus próprios esforços recuperar tão normal quanto possível um lugar na comunidade e levá-lo a uma vida ativa e produtiva” (MICAÉLO, VALENTE, GONÇALVES e DUARTE, 2011).

A OMS (cit HOEMAN, 2011, p.715) define RC como “ o somatório de atividades necessárias para assegurar aos doentes o melhor estado físico, mental e social, de forma a poderem reiniciar e manter, tão normal, quanto possível, um lugar na comunidade”. MILLER (1991 cit HOEMAN, 2011) acrescenta ainda que trata-se de um processo dinâmico multidimensional que

envolve o restabelecimento, a consecução e a manutenção dos mais elevados níveis emocionais, psicológicos, físicos, sexuais, e ocupacionais da pessoa. Um programa de RC é considerado de longo prazo e envolve avaliação médica, prescrição de exercício, modificação de fatores de risco cardíaco, educação e aconselhamento. Os principais objetivos da RC consiste em limitar os efeitos psicológicos e fisiológicos da doença, reduzir o risco de morte súbita ou reenfarte, controlar os sintomas cardíacos, melhorar a tolerância ao esforço, melhorar os níveis lipídicos, redução/suspensão dos hábitos tabágicos, redução de stress, estabilizar ou converter o processo aterosclerótico, aumentar o status psicossocial e vocacional de doentes selecionados (GRUPO DE ESTUDOS DE FISIOPATOLOGIA DO ESFORÇO E REABILITAÇÃO CARDÍACA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Atualmente os programas de RC têm uma intervenção multifactorial, sobretudo ao nível da modificação dos fatores de risco, supervisão mais segura por parte dos profissionais de saúde, caracterizando-se por um início precoce de reabilitação, centrada no doente, no sentido de promover a sua autonomia, responsabilização pela recuperação e melhoria da qualidade de vida. De acordo com o British Association of Cardiac Rehabilitation, um programa de RC organiza-se em 4 fases (MICAELO *et al*, 2011):

**FASE I – Fase Aguda:** é a fase crítica da doença com uma duração de 3 a 5 dias e que se desenvolve numa unidade de cuidados intensivos coronários (UCIC). Nesta altura promove-se sessões de educação e aconselhamento ao doente e família (perceção da doença, tipo de procedimentos efetuados, limitações, perspetivas futuras). Após as primeiras 12 a 24 horas na presença de estabilização clínica iniciam-se exercícios de baixa intensidade (mobilização passiva e ativa, exercícios respiratórios de relaxamento e cuidados pessoais). As sessões devem ser repetidas 2 a 3 vezes ao dia.

**FASE I – Fase Sub-Aguda:** Inicia-se após a alta da UCIC, estendendo-se até à alta hospitalar com duração média entre 5 a 10 dias. São mantidos os mesmos cuidados e aconselhamento realizados na etapa anterior incluindo o levantar para cadeirão. A partir do 2º dia, inicia-se a deambulação precoce de forma a diminuir o descondicionamento físico bem como a ansiedade.

**FASE II – Fase de Convalescência/Ambulatória:** esta tem início no período 2 a 3 semanas pós alta podendo prolongar-se entre as 6 e as 12 semanas seguintes. Esta fase desenvolve-se m regime de ambulatório e tem como principais objetivos motivar o doente para a importância da sua adesão ao tratamento (adoção de estilos de vida saudáveis e controlo de fatores de risco) de forma a poder retomar a sua vida normal o mais rapidamente possível. O exercício proposto deverá ser individualizado supervisionado em termos de intensidade, duração, frequência, modalidade de treino e progressão. Em alguns hospitais com este tipo de programa instituído, esta fase apesar de ser em ambulatório, é realizada nas suas instalações com os seus recursos humanos e técnicos.

**FASE IV – Fase Crónica/Manutenção:** esta é a maior fase dos programas de RC e a sua duração é indefinida e muito variável. As atividades não têm que ser supervisionadas. Os principais objetivos desta fase o aumento e manutenção da aptidão física e a manutenção de estilos de vida saudáveis.

Historicamente, a RC surge do conceito de mobilização precoce pós EAM em doentes sem complicações clínicas e com o objetivo único de melhorar a condição física através do exercício. Com o decorrer dos anos, a evidência científica aliada aos estudos que foram sendo desenvolvidos comprovaram que a mobilização precoce era segura e extremamente benéfica na diminuição da ansiedade, da depressão, assim como no aumento da capacidade funcional no momento da alta. Um programa de RC deve ser iniciado na hora de admissão hospitalar e continuar após a alta do doente. HATCHETT e THOMPSON (2006) recomendam uma mobilização imediata no hospital para evitar as complicações originadas pela permanência na cama e para encorajar uma abordagem positiva face à recuperação.

Ao longo dos últimos anos o conceito de RC tem desenvolvido a sua dimensão enraizando os seus princípios na Sociedade clínica. De facto este é um percurso cuja necessidade de se percorrer é cada vez maior. A intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação a este nível é de extrema importância no sentido de conseguir o maior nível possível de autonomia para a pessoa com incapacidade.

Isto vai ao encontro do que a ordem dos enfermeiros define como uma das competências do enfermeiro especialista de reabilitação ao centrar-se na prevenção, deteção precoce, e controlo dos fatores de risco cardiovasculares bem como no desenvolvimento de atividades (do foro respiratório e motor/exercício) junto do doente e família que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorespiratório potenciando o rendimento e o desenvolvimento social (Regulamento 125/2011).

Uma alteração cardiovascular, mais concretamente cardíaca, transporta inevitavelmente consigo perturbações físicas, psicológicas e sociais às quais, em situação aguda, se associa um conjunto de angústia, *stress*, medo, pânico. É muito importante que desde o início do internamento se efetue uma colheita de dados acerca da perceção que o doente e família têm do impacto da situação e das suas repercussões na vida dos mesmos efetuando esclarecimentos sempre que solicitado e necessário. É importante também conhecer o contexto social e familiar do doente no sentido de identificar possíveis situações de risco que necessitam de um encaminhamento ou apoio social e/ou psicológico ou outro.

Uma das ferramentas fundamentais no processo de RC é sem dúvida a educação que deve ser dirigida não somente ao doente mas também ao cuidador/família pois apesar de muitos destes doentes não registarem limitações físicas visíveis imediatas e manterem um elevado nível de autonomia é preciso sobressair o risco de recidiva, consequências futuras e fazê-lo em presença da família é importante na medida em que ela pela informação que recebe é um veículo promotor de mudanças de hábitos de vida. Assim no que se refere à preparação da alta

ao nível das estratégias de educação para a saúde direcionadas para os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação estes envolvem: controlo de fatores de risco, controlo e gestão da doença, reconhecimento antecipado de sinais e sintomas de reincidência ou agravamento da disfunção cardíaca, encaminhamento para programas de RC extra-hospitalar, realização de exercício físico controlado, retorno ao trabalho, reinício da atividade sexual, modificações nos estilos de vida e o reconhecimento dos recursos existentes na família e comunidade envolvente (acessibilidades, barreiras arquitetónicas, necessidade de produtos de apoio, necessidade de cuidados de apoio).

## 2 – A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA COM RECURSO À REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Como ponto de partida para a elaboração do quadro conceptual foi formulada uma questão clínica relevante e específica utilizando a estratégia PI[C]O : De que forma a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação ao nível de um programa precoce de exercícios de amplitude de movimento **(I)** influencia a reeducação funcional motora **(O)** da pessoa adulta com lesão neurológica ou cardiovascular **(P)**?

### CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PI[C]O

Após determinação das palavras-chaves efetuou-se uma pesquisa na plataforma MESH-BROWSER para avaliação dos descritores. Aqui verificamos que todas as palavras-chave são descritores

Assim partimos para a pesquisa de artigos na base de dados eletrónica EBSCO mais especificamente na CINAHL PLUS with full text e na MEDLINE with full text através do site da Ordem dos Enfermeiros. Foram procurados artigos científicos dirigidos à temática específica de cada campo de estágio, publicados em texto integral entre 26/05/2011 e 15/10/2011, usando as seguintes palavras-chave: **Stroke** (AVC), **Rehabilitation** (Reabilitação), **Range of Motion** (Amplitude de Movimento) **Nursing** (Enfermagem); **Spinal Cord Injury** (Lesão Vertebro Medular), **Rehabilitation** (Reabilitação) **Range of Motion** (Amplitude de movimento), **Nursing** (Enfermagem); **Cardiac Rehabilitation** (Reabilitação Cardíaca), **Myocardial Infarction** (Enfarte do Miocárdio), **Nursing** (Enfermagem).

Foram realizadas pesquisas, inicialmente com as palavras-chave isoladas e depois cruzadas entre si, de maneira a identificar os artigos existentes e que respondessem à nossa questão inicial. Foi depois aplicado um filtro temporal, que após as leituras dos resumos dos mesmos artigos, conclui-se que seria de 6 anos. Outro filtro utilizado foi a pesquisa de artigos apenas com full text.

O percurso metodológico efetuado encontra-se demonstrado em anexo (Anexo VI). Após este percurso metodológico e efetuada a pré-seleção final dos artigos (6), procedeu-se à leitura integral do conteúdo dos referidos documentos e apuraram-se os 4 artigos finais, (Anexo VII) alvo de análise mais detalhada e criteriosa.

Encontram-se em anexo (Anexo VIII) as tabelas de análise dos quatro artigos que foram seleccionados e considerados como sendo pertinentes para o estudo em causa. Estas tabelas

indicam-nos a designação dos artigos, a população ao qual o artigo se dirige (participantes), as intervenções realizadas, os resultados, bem como o nível de evidência do artigo e o número do mesmo aquando a pesquisa na plataforma.

Para classificar a evidência de cada estudo foi utilizada uma escala de 6 níveis preconizada por GUYATT e RENNIE (2002): **Level I:** Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews); **Level II:** Single experimental study (RCTs); **Level III:** Quasi-experimental studies; **Level IV:** Non-experimental studies; **Level V:** Care report/program evaluation/narrative literature reviews; **Level VI:** Opinions of respected authorities/Consensus panels.

### **3 – A EXPERIÊNCIA EM ENSINO CLÍNICO: ANÁLISE REFLEXIVA**

De acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação após um período de ensino teórico teve início o período de ensino clínico que se desenvolveu nos 2º e 3º semestres. Este ensino clínico foi organizado segundo 2 Unidades Curriculares (UC): Estágio I e Estágio II e Relatório. É precisamente sobre este último que incide este trabalho.

Esta UC contemplou três estágios: contexto de cuidados à pessoa/família com alterações neurológicas traumáticas; contexto de cuidados à pessoa/família com alterações neurológicas não traumáticas e um opcional que no nosso caso incidiu sobre o contexto de cuidados à pessoa/família com alterações cardiovasculares, mais concretamente doença cardíaca.

O ensino clínico, pretende ser um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, que permita aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção refletida. Pretende-se nomeadamente que, através desta componente de teor prático, demos sentido às nossas intervenções e sejamos capazes de aprender com as experiências dos cuidados.

No início de cada estágio elaborámos um projeto (Anexo IX – Projetos de estágios) que mediou a nossa atuação no decorrer dos mesmos. Nesse projeto, definimos um plano de atividades organizado segundo os objetivos gerais de Curso, objetivos específicos, atividades a desenvolver para o alcance desses objetivos, intervenientes nessas atividades e definição cronológicas de ocorrência destas últimas.

Dos vários objetivos específicos definidos, bem como das várias atividades delineadas existem um conjunto deles que são comuns e transversais aos vários estágios. É precisamente sobre estes que seguidamente passaremos a refletir um pouco entrando depois na especificidade de algumas atividades/intervenções desenvolvidas em cada um dos contextos clínicos indo ao encontro da temática em estudo. Esta análise apoia-se em três pilares: a experiência e aprendizagem pessoal vivenciada em contexto clínico, a evidência por outros revelada e analisada sob a forma de artigos e o regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, regulamentam esse que medeia e orienta toda a nossa atuação enquanto enfermeiro especialista na área específica do conhecimento e que se organiza primeiramente em competências depois dentro de cada uma delas em unidades de competência que por sua vez se subdividem em critérios de avaliação.

Assim um dos objetivos primários transversais a todos os estágios foi o de compreender a dinâmica de funcionamento de cada serviço, com evidência no papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e integrar a respetiva equipa. Aqui verificámos, como é óbvio, que cada serviço é único e detentor de características próprias. As patologias das pessoas que recebem são imensas e variadas o que nos possibilitou enriquecer ainda mais cada experiência. A existência de um enfermeiro especialista de reabilitação em muitos dos contextos é algo relativamente recente e que provoca ainda algum “incómodo” no seio da equipa que se prevê que seja interdisciplinar mas que em alguns casos ainda existem algumas barreiras a ultrapassar no alcance deste conceito.

Acerca deste assunto HESBEEN (2003, p.70) diz-nos que o conceito de interdisciplinaridade diz respeito a um “(...) grupo de intervenientes com especificidades diferentes, que se complementam, mas revelam, sobretudo, uma maneira de atuar em que a noção de equipa é primordial.” Contudo em alguns contextos

*Os jogos de poder e as relações de força impedem frequentemente, a emergência de uma verdadeira equipa, baseada na plena consciência de uma missão que só pode ser cumprida se existir complementaridade salutar e tranquila. Esta equipa, por vezes, esbarra com a difícil articulação de racionalidades particulares (HESBEEN, 2003, p.70).*

A este nível procurámos ir ao encontro do que a OE define no domínio de competência comuns do enfermeiro especialista ao nível da gestão de cuidados na qual o enfermeiro especialista reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa promovendo um ambiente positivo e favorável á prática (OE, 2011).

A vivência destas duas situações ajudou-nos a clarificar o conceito naquilo que de facto é o melhor para o doente e sua família. Apesar de algumas divergências, é com agrado que, em todos os contextos, sobressaímos a disponibilidade, amabilidade e simpatia de cada um dos enfermeiros cooperantes bem como dos vários profissionais que diariamente exercem funções em cada um dos respetivos serviços como fator facilitador na concretização dos objetivos delineados.

Uma atividade convergente foi a avaliação inicial. Perante qualquer doente, é imprescindível começar por procurar conhecer a sua história clínica, os seus hábitos e padrões ao nível das várias atividades de vida o seu envolvimento social e familiar para poder prestar cuidados assertivos e de qualidade que vão ao encontro das reais necessidades do doente e sua família. Para tal, é primordial realizar uma correta, adequada e o mais completa possível avaliação inicial para poder intervir com eficácia em função das necessidades sentidas pela pessoa e sua família. Esta avaliação consiste não só na recolha e transmissão de informação através de entrevista informal ao doente /família mas também na consulta do processo clínico, avaliação física e psicossocial, consulta de outros profissionais de saúde e revisão bibliográfica. Ela é um processo sistemático, organizado e contínuo que não termina no momento da admissão do doente mas prolonga-se durante todo o internamento.

A avaliação é o ponto de partida para a elaboração de um plano de cuidados individualizado, com objetivos e atividades 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. Ela é globalizante e inclui a conceptualização e definição de incapacidade, a avaliação fiável do desempenho, o refinamento de medições funcionais e medições objetivas dos resultados de reabilitação (HOEMAN, 2011). Na enfermagem de reabilitação esta avaliação constitui uma pedra angular da prática.

Ao longo dos estágios, procurámos ir ao encontro desta premissa também ela defendida pela OE na definição da competência específica do enfermeiro especialista de reabilitação: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e nesta mais concretamente ao nível da Unidade de Competência “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades” (Regulamento 125/2011, p.8648).

No nosso ponto de vista, esta avaliação deve ser diária uma vez que todos os dias surgem alterações aos mais diversos níveis (cardiorespiratório, cognitivo, funcional, sensorial...), alterações estas que são necessárias ter em atenção no estabelecimento do plano de cuidados e na priorização de necessidades.

Desta avaliação inicial, para além dos aspetos já mencionados, fazem parte a avaliação funcional, a avaliação física, avaliação cognitiva e a avaliação neurológica muitas vezes com mobilização de escalas/medidas de avaliação. De acordo com HOEMAN (2011), as escalas ou medidas de avaliação servem para documentar o tipo e gravidade das deficiências, limitações funcionais ou incapacidades num dado momento, medem alterações clínicas ao longo do tempo e permitem estabelecer objetivos e planejar tratamentos. São várias as escalas/medidas existentes. Em todos os estágios procurámos mobilizar as mais adequadas e pertinentes face às diferentes patologias e condições do doente/família. Na sua grande maioria, constatamos que o número e aplicabilidade de escalas é escassa, principalmente a nível de avaliação funcional. Para colmatar este défice procurámos pelo conhecimento prévio e já alguma (reduzida) experiência ao nível da importância e contributo que a aplicação de determinados instrumentos de avaliação podem ter na natureza, e direção do planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados e conseqüente melhoria clínica do doente/família, mobilizar academicamente, em função de cada contexto, algumas escalas nomeadamente a MIF (Medida de Independência Funcional), o índice de Barthel, a escala de força muscular de Lower, a escala de avaliação do risco de queda de Morse e a avaliação de amplitude de movimento através de goniómetro.

Mais uma vez, sobressai aqui uma competência do enfermeiro especialista de reabilitação - “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”, da qual sobressai os seguintes critérios de avaliação “recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções:

cardiorespiratório, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, sexualidade” e “avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar atividades de vida diárias de forma independente” (Regulamento 125/2011, p.8658).

Seguidamente, após a avaliação, planeamos e implementamos intervenções dirigidas às necessidades de cada doente. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação de acordo com a unidade de competência “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”, “seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardiorespiratório; da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade” (Regulamento 125/2011, p.8658). Posteriormente, de acordo com outra unidade de competência “implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”.

A este nível, existem intervenções que foram específicas para cada contexto mas existe algumas comuns, nomeadamente: realização de mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas; realização de exercícios isométricos e isotónicos; e execução de programa de reeducação funcional respiratória (RFR), reeducação da sexualidade, treino de atividades de vida diária, reeducação no esforço face às diversas atividades de vida diária, reeducação intestinal, vesical. De facto, na sequência da unidade de competência atrás mencionada, outro dos critérios de avaliação que a constituem e que está aqui presente diz respeito à implementação de programas de reeducação funcional, cardiorespiratória, reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva, otimização e ou reeducação da sexualidade, reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal)”.

Sobre todas as pessoas doentes alvos de cuidados era então elaborado um plano de cuidados individualizado, alguns desses planos foram operacionalizados em papel num registo académico. Considera que esta atividade foi importante para a aprendizagem, na medida em que permitiu a clarificação de ideias e conceitos, na estruturação e organização do pensamento para posterior intervenção prática dirigida às necessidades reais. Isto vai ao encontro de um outro critério avaliação ainda dentro da unidade de competência atrás mencionada “implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”.

Após a implementação do plano, há que avaliar junto do doente/família a eficácia das intervenções face aos objetivos delineados e se necessário reajustar. Para tal, é muito importante que desde o início do internamento tomemos conhecimento acerca da perceção que o doente e familiar têm do impacto da situação, das repercussões nas vidas dos mesmos bem como definir objetivos reais possíveis de alcançar. Isto vai ao encontro da unidade de competência definida pela OE “Avalia os resultados das intervenções implementadas”. Aqui

sobressaem dois critérios: o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação “monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução de risco, otimização da função, reeducação funcional e treino” e “usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).

Outro aspeto transversal aos três estágios foram os registos. Estes permitem avaliar a qualquer momento a qualidade dos cuidados prestados. Em alguns (poucos) locais este processo está já informatizado; noutros, contudo, são escassos, manuais e englobados nos registos de cuidados gerais, o que na nossa opinião retira não só visibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação ao nível inter e intradisciplinar, como também à evolução do doente ao nível do seu processo de reabilitação.

A família, como é óbvio, é também um referencial comum sobre o qual é fundamental incidir a atuação. O ser humano nasce, vive e morre no seio de uma família, é com ela que partilha as alegrias, as tristezas, as desilusões, a saúde e a doença. E quando chega à doença, a união, o apoio, a partilha e a força podem fazer toda a diferença. Os internamentos são vez mais curtos e o regresso a casa é cada vez mais precoce, levanta-se então algumas questões: como podemos habilitar a família para a prestação de cuidados sem a conhecermos e sem identificarmos as suas necessidades? Como pode a família cuidar, se não for cuidada?

Na resposta a estas questões, constatamos que um dos primeiros passos a dar é integrar, desde o primeiro minuto, a família neste processo de readaptação neste processo de renascer. O regresso a casa deve ser programado desde a admissão em conjunto com a pessoa doente e a sua família.

HOEMAN (2011) diz-nos que os utentes e as famílias só estão capacitados para participar como membros da equipa quando recebem informação individualizada para as suas necessidades o mais cedo possível a seguir à hospitalização e durante todo o programa. As crenças e as ideias face à saúde/doença são fatores de grande influência para a participação/adesão do doente ao programa de RC.

Este foi um objetivo afincadamente procurado e sobre o qual, em alguns momentos, tivemos o privilégio de comprovar a eficácia da intervenção. Para respondermos adequadamente face às reais necessidades deste binómio, é fundamental conhecermos todo o envolvimento familiar, social, condições económicas, habitacionais entre outros. É da responsabilidade do enfermeiro especialista em reabilitação identificar barreiras arquitetónicas e, se necessário, eliminá-las.

De facto esta é outra das competências que a ordem dos enfermeiros define para o enfermeiro especialista de reabilitação: capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Uma das formas de o fazer é promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social identificando, entre

outros aspetos, as barreiras arquitetónicas e orientar para a eliminação das mesmas no contexto de vida da pessoa.

BRANCO e SANTOS (2010, p.109) dizem-nos que “o regresso a casa pressupõe a reabilitação num processo em rede contínua de antecipação e planeamento das alterações nas necessidades da pessoa e família (...)”.

As reuniões formais e informais entre equipa e família, os diálogos constantes, a disponibilidade demonstrada, o ensino, instrução e treino de técnicas de auto cuidado, de exercícios musculares, exercícios respiratórios são peças basilares para o sucesso do programa de reabilitação. De facto de acordo com a OE, cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação elaborar e implementar programas de treino de atividade de vida diárias visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida. Uma das formas de o fazer é ensinando a pessoa e/ou cuidador, técnicas específicas de autocuidado.

Contudo, apercebemo-nos que muitas vezes a informação a ser transmitir é muita e o doente e a família não conseguem assimilar mais de metade da mesma porque o seu pensamento está muito preenchido com outras preocupações (repercussões, sociais, familiares e económicas). É preciso estarmos atentos a esta situação e dar-mos tempo ao doente e sua família no apaziguar destas preocupações oferecendo se necessário algumas soluções (apoio social, psicológico). É importante verificar a informação que o doente e família foi adquirindo, reforçando sempre que possível e necessário.

Na base de toda a intervenção tem que estar o domínio do conhecimento. Quando fomos para ensino clínico, o conhecimento científico estava ainda um pouco limitado e perante o confronto com a necessidade de maior conhecimento tivemos que aprofundar vários aspetos. Para tal, recorreremos à documentação literária, à pesquisa e leitura de artigos na internet (base de dados científica), à consulta dos apontamentos facultados ao longo do ensino teórico mas também ao questionamento direto ao enfermeiro cooperante, bem como aos restantes elementos da equipa de enfermagem e outros elementos dos diferentes grupos profissionais.

Salientamos a atitude positiva com que todos receberam as nossas dúvidas, manifestando preocupação em esclarecer-nos de uma forma precisa e completa. Estas pesquisas permitiram que a nossa atuação como futuros enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa com TVM, TCE, AVC e EAM tivessem em consideração todos os fatores resultantes da lesão, atuando de acordo com os conhecimentos adquiridos, adaptando-os a cada pessoa. Nesta perspetiva quando os enfermeiros de reabilitação baseiam a sua prática nas descobertas fidedignas da investigação teórica e de resultados, estão melhor preparados para a articulação clara dos seus papéis” (HOEMAN, 2011).

A OE confirma esta perspetiva quando define ao nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento

para facilitar a identificação de fatores que podem intervir no relacionamento com a pessoa cliente ou a equipa multidisciplinar” e “identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação (Regulamento 122/2011, p. 8652- 8653).

Ainda ao nível deste domínio, em todos os estágios, procurámos contribuir ao nível da formação interna para o aumento e melhoria do conhecimento inter e intradisciplinar.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da especificidade e como tal atua como formador oportuno em contexto de trabalho e em dispositivos formativos formais, diagnostica necessidades formativas, concebe e gere programas e dispositivos formativos (Regulamento 122/2011). Assim, com exceção do ensino clínico dirigido á pessoa/família com alterações neurológicas do foro traumático, foram desenvolvidos trabalhos de contributo para o conhecimento científico e conseqüente melhoria dos cuidados prestados (Anexo X – Trabalhos realizados em estágio).

Ainda no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade. Foi isto que procurámos efetuar realizando pesquisa bibliográfica através da consulta de artigos e estudos em base de dados científica nomeadamente na Scielo e consulta das mais recentes *guidelines* acrescentando conhecimento com evidência científica ao nosso corpo de análise.

### 3.1 – CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO TRAUMÁTICO

Entrando agora um pouco na especificidade de cada estágio, começamos por abordar o primeiro, realizado em contexto de cuidados á pessoa/família com alterações do foro neurológico traumático no Centro de Medicina e Reabilitação do Sul (CMRSul), em São Brás de Alportel, no período entre 4 a 29 de Outubro de 2010.

O CMRSul é uma unidade especializada da rede de referência hospitalar de medicina física e de reabilitação do Serviço Nacional de Saúde que recebe doentes que apresentam como patologia lesão vertebro medular, traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral e outras (lesões cranianas não-traumáticas, lesões medulares não-traumáticas doenças neurológicas, politrauma-major, Guillian Barré...) em regime de ambulatório e internamento.

A missão do Centro é prestar, na sua área de influência, cuidados diferenciados de reabilitação a pessoas portadoras de grande limitação funcional, nos regimes de internamento, hospital de dia e ambulatório, com carácter intensivo e cumprindo padrões de excelência com vista à maximização do potencial de reabilitação de cada doente e ao pleno exercício da cidadania.

Este foi o primeiro contacto com muitas destas patologias criando, por vezes, sentimentos de insegurança e ansiedade face à intervenção que no decorrer do mesmo foram atenuando. O impacto físico, psicológico e social destas patologias é imenso. A dependência que elas provocam afeta toda a qualidade de vida do doente e sua família.

O processo de reabilitação é objetiva e criteriosamente definido após uma avaliação das reais condições, potencialidades e objetivos do doente. Existe um compromisso mútuo entre doente e equipa interdisciplinar ao nível do esforço e empenho que é necessário. O doente ao longo do dia vai passando por cada equipa, trabalhando intensamente determinada área. Esta é uma realidade que em contexto hospitalar comum não existe, motivo perante o qual ainda não tínhamos tido o privilégio de conhecer e muito menos poder intervir. Nesta lógica e reforçando o conceito de complementaridade de esforços e trabalho em equipa, o estágio foi extremamente enriquecedor tanto a nível profissional como pessoal.

A Enfermagem de Reabilitação tem aqui um campo de intervenção poderoso, dinâmico e complexo onde as ações desenvolvidas deverão ser convergentes e sinérgicas, segundo uma estratégia com objetivos comuns entre os demais profissionais de saúde. Promover ações 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 otimizar a qualidade de vida dos utentes, família e comunidade, a sua socialização e a sua dignidade são responsabilidades do enfermeiro especialista de reabilitação.

Assim, ao nível da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desenvolvemos as seguintes intervenções: ensinar, instruir e treinar os doentes e família ao nível das atividades de vida diária tais como, higiene pessoal, vestir e despir, pentear, alimentar; ensinar, instruir e treinar doente e família ao nível do controle de esfíncteres por vezes com necessidade de efetuar Auto esvaziamentos. O ensino desta técnica e procedimento são fundamentais no controlo da infeção urinária e risco de disreflexia autónoma (TVM com lesão acima de T6). Para além disso, tivemos a oportunidade de ensinar, instruir e treinar o doente e família nas transferências (cama, cadeira, marquesa), nos posicionamentos terapêuticos principalmente em cadeira e cama com vista a uma correção postural, fortalecimento muscular, treinos de marcha, treino de equilíbrio postural estático e dinâmico sentado e em pé, e de aplicar técnicas de reeducação funcional respiratória que nestes doentes são fundamentais devido ao elevado risco que apresentam de desenvolverem atelectasias e enfraquecimento de toda a musculatura respiratória com conseqüente redução do reflexo de tosse em virtude da lesão. Apesar de este estágio não estar direcionado para a vertente cardiorrespiratória, realço o acréscimo na aprendizagem importantíssima que fizemos a este nível.

Outra atividade que foi possível desenvolver junto destes doentes suas famílias e que vai ao encontro da temática em estudo, diz respeito à realização de exercícios de amplitude de movimento passivo, ativo, ativo assistido e ativo resistido. Conforme já foi referido estes

exercícios são fundamentais na aquisição ou reaquisição do movimento necessário para realizar atividades funcionais. FRIES (2005) refere que no doente com LVM, a alteração do tónus muscular e a ausência de amplitude de movimento ativa podem produzir contracturas musculares que por sua vez aumentam o tempo de internamento, aumentam os custos a nível económico associados ao internamento e limitam a capacidade do doente na participação da reabilitação aguda após a alta. O envolvimento da equipa de reabilitação na fase aguda é essencial para reduzir estes e outros riscos. O autor diz-nos ainda que a mobilização precoce pode melhorar os resultados funcionais e os doentes podem iniciar o processo de reabilitação mais cedo. Isto tem benefícios claros ao nível do funcionamento motor, dos sistemas respiratório e circulatório.

No entanto, e apesar de alguns destes doentes chegarem à instituição já com algum tempo decorrido (às vezes meses) após desenvolvimento da lesão, constatamos que, é possível recuperar muitas das funções que até então se julgavam perdidas. Face à missão que rege este tipo de instituição e perante o doente que diante de nós se apresenta com mais ou menos limitações, há que trabalhar o presente pensando num futuro melhor. Um dos aspetos prioritários sobre o qual incide esta reabilitação é de facto na reaquisição e/ou manutenção da maior amplitude de movimento possível da qual depende posteriormente o sucesso de resultados nas restantes atividades (atividades de vida diária ou atividades de vida instrumentais).

Ainda para FRIES (2005), as deficiências motoras causadas pela lesão vertebro medular limitam a amplitude de movimento aumentando o potencial de contractura articular. Os exercícios a este nível permitem não só impedir o desenvolvimento destas contraturas mas também ajudar a prevenir a formação de ossificação heterotópica difícil de remover uma vez instalada. É fundamental, na prevenção destas situações, numa fase inicial e quando o doente apresenta lesão completa, a realização de exercícios de amplitude de movimento passivos através da completa disponibilidade da articulação. A articulação coxofemoral e o ombro devem realizar flexão e extensão até ao limite completo do arco contribuindo esta intervenção para o doente futuramente readquirir a posição de sentado. No caso de uma lesão incompleta, promove-se a realização de exercícios de amplitude de movimento ativo assistido para facilitar o retorno da função muscular normal e estimular a realização dos exercícios de forma ativa-livre, sem assistência. Para além dos exercícios desenvolvidos, todas as posições que o doente adquire devem ser realizadas tendo em conta a maximização da amplitude de movimento das devidas articulações (FRIES, 2005).

De acordo com a estruturação e organização interna da instituição, a realização destes exercícios está muito dirigida aos fisioterapeutas. Os doentes iniciam grande parte das suas atividades do dia no ginásio começando por realizar exercícios desta natureza. Posteriormente, vão circulando por diferentes contextos de atividades regressando à tarde novamente ao ginásio para nova sessão de exercícios. Contudo, a interligação de disciplinas, neste contexto, conforme já foi referida, é grande e a cooperação na oportunidade de aprendizagem e partilha

foi possível não só a nível do doente mas também com a família no ensino, instrução e treino desses mesmos exercícios. Sobre este aspeto, FRIES (2005) diz-nos que a família deve ser inserida desde muito cedo neste processo de reabilitação. A equipa de reabilitação deve instruir os membros da família na técnica de exercícios de amplitude de movimento e fornecer educação no continuum comum dos cuidados de reabilitação.

Como se prevê, a família é assim, desde muito cedo, integrada no plano de intervenção. A assistente social e o psicólogo desde o início procuram conhecer todo o envolvimento social e familiar de cada doente com vista a eliminar possíveis barreiras arquitetónicas, a promover a reinserção social e exercício da cidadania. Sempre que possível e solicitado, a família desloca-se ao Centro para receber instruções e treinar técnicas que irá ter que desenvolver junto de seu doente quando ele for a casa, situação esta que é muito frequente. A este nível, o enfermeiro de reabilitação assume algum destaque não só no treino de técnicas como no ensino e manuseio de algum produto de apoio que o doente possa necessitar.

Um dos aspetos específicos, que sobressaímos deste estágio foi o contacto com os produtos de apoio, constituindo este um meio indispensável para a funcionalidade e integração das pessoas com incapacidade ou deficiência que “previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (CATALOGO NACIONAL DE AJUDAS TÉCNICAS, [URL:www.ajudastecnicas.gov.pt](http://www.ajudastecnicas.gov.pt)).

A aprendizagem foi muito gratificante, uma vez que o Centro possui um conjunto repleto e muito diversificado deste tipo de ajudas e a equipa interdisciplinar principalmente a nível dos terapeutas ocupacionais foram colaboradores no ensino e esclarecimento de função e manuseio dos vários produtos.

A este nível, estão presentes duas competências do enfermeiro especialista de reabilitação, nomeadamente ao nível da conceção de planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativa tendo em vista ao autocontrole e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade quando “seleciona e prescreve produtos de apoio” e ao nível da elaboração e implementação de programas de treino de AVD’s, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida quando realiza treinos específicos de atividades de vida diária utilizando produtos de apoio e ensina e supervisa a utilização dos mesmos tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa (Regulamento 125/2011).

Todos os momentos serviram essencialmente para nos apercebermos que o importante é deixar a pessoa fazer, ao seu ritmo e sem lhe impormos limite de tempo. Aprendi o quanto pode ser importante não fazer por, mas deixar fazer.... aprendemos que ter pressa é inimigo da perfeição e, neste caso, inimigo das aprendizagens para o autocuidado da pessoa, levando-a muitas vezes a desistir da sua autonomia.

É objetivo de todos os elementos da equipa de reabilitação facilitar o regresso do doente ao seu ambiente anterior (casa), ocupação (trabalho) e aos interesses de lazer. É da nossa

responsabilidade garantir que este processo ocorre de forma rápida e sem incidentes, promovendo simultaneamente o maior nível possível de independência.

### 3.2 – CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLOGICO NÃO TRAUMÁTICO

Relativamente ao segundo estágio, este foi dirigido à pessoa/família com alterações do foro neurológico não traumático e decorreu Centro Hospitalar Oeste Norte (Caldas da Rainha) Serviço de Medicina, no período entre 2 a 27 de Novembro de 2010.

Neste contexto, as patologias existentes são múltiplas, contudo, face ao conhecimento prévio do contexto e face aos objetivos previamente definidos para o ensino clínico, a nossa intervenção centrou-se junto de doente e sua família com AVC/AIT, que constituem as afeções neurológicas mais frequentes neste serviço.

Infelizmente, com o envelhecimento e inadequados hábitos de vida da nossa população, este tipo de patologias é cada vez mais frequente e precoce no ciclo de desenvolvimento do ser humano, 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 pessoa vítima de AVC confronta-se com uma situação nova, radicalmente diferente, capaz de lhe limitar o desempenho das suas obrigações sociais, familiares e profissionais. As dificuldades de adaptação a uma mudança tão súbita favorecem a procura de cuidados de saúde especializados que se esperam de qualidade (BRANCO e SANTOS, 2010).

No que diz respeito à intervenção na especificidade do cuidar, ao longo do estágio, procurámos seleccionar e intervir em todas as situações de doentes com AVC/AIT, começando por incidir a nossa atenção nos doentes que davam entrada na unidade de AVC do serviço para posteriormente dar continuidade a esses mesmos cuidados quando o doente era transferido para uma enfermaria. Um dos aspetos que sobressaíamos e sobre o qual procurámos desenvolver a nossa atuação diz respeito á importância da avaliação funcional e neurológica destes doentes. Enquanto no ensino clínico anterior esta avaliação era feita por todas as equipas, o que diminuía o papel da minha intervenção, aqui, neste contexto, o papel do enfermeiro de reabilitação a este nível, assume particular destaque.

Esta avaliação é fundamental nas (re) definição da nossa intervenção face ás necessidades que o doente apresenta. A este nível BRANCO e SANTOS (2010, p.41) diz-nos que “uma correta neuro avaliação realizada pelo enfermeiro pode determinar não só o sentido do processo terapêutico mas ser inclusivamente a chave desse processo terapêutico”.

Apesar do internamento destes doentes ser curto (habitualmente uma semana) e a minha intervenção restringir-se a três dias da semana, foi com grande alegria e orgulho que

testemunhámos evoluções muito positivas em alguns doentes sobre os quais intervimos, nomeadamente ao nível da sua mobilidade, deambulação, força muscular, capacidade cognitiva, entre outras. Para além disso, pudemos constatar que a precocidade de intervenção é um dos contributos fundamentais para sucesso deste processo.

Analisando em conjunto estes dois contextos, apercebemo-nos da interligação que existe e da importância e contributo que a intervenção de um pode ter no outro. Ou seja, a precocidade e assertividade da intervenção hospitalar é fundamental para o sucesso de todo o restante processo de reabilitação que pode decorrer, em casa, em centros de fisioterapia ou num centro de reabilitação.

Dois dos aspetos que nesta transição pudemos constatar que é fundamental intervir precocemente, diz respeito ao padrão anti-espástico que é fulcral que seja de imediato colocado em ação, bem como os exercícios de manutenção de amplitude de movimento das diversas articulações. BAEK e a sua equipa (2009) realizaram um estudo ao nível do impacto que os exercícios passivos de amplitude de movimento podem ter ao nível da propriocepção do ombro do doente com hemiplegia. Decidimos incluir este estudo na nossa análise. Poderá, contudo, colocar-se uma questão: que interferência tem a propriocepção na reeducação funcional motora?

A propriocepção é, segundo os autores, o sentido da posição articular, do peso, da direção, da velocidade de movimento e dor percebida através de mecanorreceptores localizados na pele, músculo e articulações. Uma disfunção a este nível (presente na grande maioria dos doentes que sofrem um AVC) está fortemente associado a dificuldades no controle postural e dificuldade na realização de atividades de vida diária incluído a capacidade de deambulação e controle muscular pobre. De acordo com o que foi exposto anteriormente, aquando a construção do quadro conceptual, uma das alterações motoras mais frequente nestes doentes é de facto a hemiplegia, que está diretamente relacionada com a propriocepção do lado afetado (alterações sensoriais), em virtude da dificuldade de reconhecimento de movimentos passivos, discriminação táctil e estereognosia que estes doentes apresentam. Ao mesmo tempo, problemas nos ombros, como a subluxação e a espasticidade, também eles frequentes, contribuem para a diminuição desta propriocepção levando a uma redução suplementar da função do ombro. Assim, um dos cuidados iniciais perante um doente com AVC é, de facto, iniciar precocemente um programa de exercícios que melhore a função e previna uma maior incapacidade por complicações secundárias, ou seja, pretende-se retardar o aparecimento da espasticidades, promover o aparecimento da sensibilidade, recuperar ou aumentar o grau de força muscular e conservar a amplitude articular. Por isso, BAEK (2009) diz-nos ainda que a falta de uso da extremidade afetada são relevantes para alterações mecânicas que ocorrem principalmente na fase inicial de flacidez perpetuando-se para a fase espástica e podem progressivamente criar mais limitações funcionais. Afirma que a disfunção propriocetiva interfere com a reabilitação da função motora, com a diminuição da percepção da posição do corpo e movimento, o sentido cognitivo e falta de controlo sobre o lado afetado.

No estágio perante a presença (ainda que pequena) de uma unidade de AVC e estimulada e incentivada pelo enfermeiro cooperante, uma das ações primárias fortemente promovidas e colocadas em prática foi sem dúvida a realização de exercícios de amplitude de movimento. Após uma avaliação neurológica funcional e motora deliberávamos um plano de intervenção específico para cada doente. No início do turno, procurávamos implementar o plano, começando quase sempre pela realização, ainda no leito, de mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas. Posteriormente e sempre que possível, o doente realizava levante para cadeirão.

Ao longo do estágio, foi com grande satisfação que pudemos constatar resultados positivos e efetivos a este nível. Com a repetição dos exercícios alguns dos doentes readquiriram ao nível do lado hemiplégico alguma sensibilidade, sentido de posicionamento o que se traduziu por exemplo na realização de automobilizações e atividades terapêuticas, como sejam a ponte e os rolamentos (assistidos ou não), na melhoria do controlo postural e do equilíbrio fundamental para o levante. Por outro lado, ao nível do lado não afetado, os exercícios ativos livres e ativos resistidos permitiram aumentar a força muscular fundamental na autonomia de algumas atividades (levantar, andar, comer) na compensação do lado afetado. Do estudo realizado por BAEK e sua equipa, verificou-se que, de facto, a repetição de exercícios passivos ao nível do ombro hemiplégico melhorou significativamente o reposicionamento nos diversos ângulos com repercussões na amplitude de movimento total e conseqüentemente nas atividades diárias dos doentes. Doentes que sofrem de AVC podem ter acuidade proprioceptiva prejudicada, o que pode contribuir para a deficiência funcional. A melhoria da função proprioceptiva pode levar a uma recuperação dos movimentos voluntários do lado hemiplégico diminuindo assim a gravidade da paralisia que por sua vez se repercute na autonomia e independência dos mesmos.

A redução da propriocepção, a disfunção motora, entre outras alterações provocadas por esta patologia, conduzem à necessidade de recurso a um conjunto de *tecnologias da informação e comunicação, ajudas técnicas para locomoção, dispositivos e tecnologias assistivas que previnam, compensem, aliviem ou neutralizem uma deficiência, incapacidade ou desvantagem de modo a melhorar a autonomia e a qualidade de vida das pessoas, ou seja, aos chamados produtos de apoio.*

No entanto, neste contexto os produtos de apoio eram escassos. Para colmatar de alguma forma esta lacuna, procurámos mobilizar os conhecimentos e a experiência adquirida no estágio anterior (São Brás de Alportel) e dialogar com o doente e seus familiares cuidadores acerca de produtos existentes á venda no mercado direcionado ás necessidades específicas daquele doente, forma de os obter (lojas físicas ou virtuais – internet) e demonstrar disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida. Perante os produtos existentes procuramos junto do doente e seu familiar cuidador efetuar o ensino, instrução e treino no manuseamento e utilização dos mesmos, assim como de técnicas com vista à promoção do

autocuidado e da continuidade dos cuidados nos diferentes contextos (internamento, domicílio, comunidade), readaptando os mesmos sempre que necessário.

Relativamente à família, a nossa intervenção, incidiu na realização de uma reunião formal entre enfermeiro de reabilitação, médico, família e assistente social, que é realizada nos primeiros dois dias após internamento (particularidade que marcou este ensino clínico) e que me parece fundamental na integração da família no processo de cuidar e na preparação para o regresso a casa. Esta reunião tem como objetivos elucidar o cuidador acerca da situação clínica do doente, possível desenvolvimento da mesma, conhecer a seu envolvimento social, familiar e habitacional, necessidades que a família possa ter ao nível de apoios na comunidade, de cuidados continuados, de produtos de apoio (tipologia, forma de obtenção e algumas técnicas no seu manuseamento). O objetivo é, em equipa, encontrar as estratégias que melhor respondam às necessidades do doente e família, o que nem sempre é fácil principalmente por circunstâncias económicas, sociais e familiares.

Por outro lado, destacamos a deslocação, sempre que possível e necessário, do cuidador ao serviço para o ensino, instrução e treino ao nível de catividades de vida diária do seu familiar doente tais como higiene, vestuário, alimentação, exercícios de amplitude de movimento, posicionamento e transferências como aspetos pertinentes e fundamentais na preparação e capacitação da pessoa e família para o regresso a casa.

### 3.3 – CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO CARDIOVASCULAR – DOENÇA CARDÍACA

Por último referiremos o terceiro estágio que se reportou aos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações do foro cardiovascular, mais concretamente a pessoa/família com doença cardíaca. O estágio decorreu entre os dias 28 de Fevereiro a 26 de Março de 2011 no Centro Hospitalar Lisboa Central, na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital de Santa Marta. Este estágio surge numa oportunidade que nos foi concedida pela escola e organização do curso de podermos selecionar de acordo com motivações e vontades individuais um campo de intervenção especializado na área em estudo. O interesse pessoal revelado pelo contexto inseria-se nos ossos objetivos profissionais enquanto enfermeira a exercer funções na prestação direta de cuidados num serviço de Cardiologia com Unidade de Cuidados Intensivos, perspetivando a aquisição de um conjunto de conhecimentos especializado e experiências possíveis de transportar para a minha realidade laboral com vista a melhorar a autonomia e qualidade de vida do doente/família com disfunção cardíaca. Ao mesmo tempo, a preferência institucional deveu-se ao conhecimento/interligação anteriormente realizado de carácter positivo, bem como à referência nacional qualificada que o contexto apresenta não só ao nível dos cuidados prestados mas também por ser um dos poucos hospitais do País que desenvolve RC fases I e II.

Invadidos pela informação mediática do impacto crescente que as doenças cardiovasculares têm na sociedade, é impossível ficarmos passivos perante esta realidade sabendo do poder de intervenção que possuímos. As doenças do foro cardíaco acometem um número cada vez maior de pessoas com repercussões cada vez maiores nas suas vidas. E se, num primeiro momento falha a prevenção primária, surge a prevenção secundária como ponto de viragem fundamental. A este nível falamos de RC, um conceito, uma intervenção, uma realidade até há pouco tempo pouco divulgada mas que a evidência científica ao nível dos seus benefícios, tem divulgado e feito adquirir reconhecimento.

A RC deve ser precoce, sempre que possível entre as primeiras 24 a 48h após evento coronário, desde que haja condições clínicas para que tal ocorra de modo a assegurar ao doente cardíaco, a curto prazo, a melhor condição física, mental e social que lhe permite retomar um lugar o mais normal possível na vida da comunidade e a longo prazo melhorar a tolerância ao esforço, redução de sintomas e dos níveis lipídicos, redução ou suspensão dos hábitos tabágicos, redução de stress, de enfarte recorrente e de procedimentos de revascularização. Se no passado se recomendavam duas a três semanas de repouso na cama, hoje em dia e conforme já demonstrámos, em virtude dos riscos e consequências de um prolongado repouso na cama, promove-se nos doentes com enfarte agudo do miocárdio sem complicações um programa de atividades progressivas sob vigilância.

Por outro lado, OLIVEIRA (2008) diz-nos que o EAM bem como a cirurgia de revascularização causam um grande impacto na vida do doente e sua família em virtude da sua gravidade e agressividade. Com frequência os doentes temem recidivas e reinternamento o que conduz a uma redução das suas atividades de vida diária. Consequentemente, ocorre dependência para cuidados pessoais e tarefas diárias bem como labilidade emocional associada a tristeza e depressão que por sua vez podem conduzir a um isolamento familiar e social. Como consequência final, assiste-se a uma redução progressiva da capacidade funcional e qualidade de vida que exige uma abordagem multiprofissional para uma completa reabilitação.

Nestas primeiras horas e primeiros dias, o profissional que tem um contacto privilegiado com o doente e sua família é, sem dúvida, o enfermeiro, conferindo-lhe deste modo um forte poder de intervenção, “obrigatório” de ser mobilizado.

Este estágio revestiu-se de um conjunto de particularidades que se distinguem dos restantes, aquela que mais se destaca é o facto de que, na sua grande maioria, os doentes são independentes e não apresentam limitações funcionais, cognitivas ou neurológicas.

Neste hospital, como referimos, existe um programa de RC desde 2004. Nesta data, iniciou-se a implementação do programa apenas ao nível da fase II que fornece a curto-médio prazo serviços de prevenção e reabilitação a doentes em meio extra-hospitalar, precocemente, após evento cardiovascular, numa média de 36 sessões 2/3 vezes por semana. Envolve treino de resistência, treino aeróbio, educação para a saúde, apoio psicológico, apoio nutricional e

aconselhamento de atividade física. Em 2007, a partir de necessidades sentidas, vontades e forças convergidas e combinadas ao nível dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e cardiologistas, surge um projeto de RC fase I que foi operacionalizado em Maio de 2010.

Esta fase desenvolve-se durante os 6/12 dias em que o doente se encontra internado no serviço de cardiologia, seja primeiramente na UCI seja na enfermaria e caracteriza-se por fornecer serviços de prevenção e reabilitação a doentes hospitalizados, após evento coronário agudo (EAM/SCA), durante o internamento e deve ser iniciado o mais precocemente possível, a partir das 12-24h após o evento caso não se registem complicações. (GRUPO DE ESTUDOS DE FISIOPATOLOGIA DO ESFORÇO E REABILITAÇÃO CARDÍACA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2010). Ela inclui exercícios de amplitude de movimento dos membros superiores e membros inferiores passivos e ativos, reinício de atividades de vida diária (higiene (consciencialização da respiração, respiração abdomino-diafragmática, exercícios de reeducação costal ensino da tosse dirigida se necessário), exercícios isométricos e exercícios isotónico, educação para a saúde. De facto, de acordo com STEAD (2009) a fase 1 de um programa de reabilitação cardíaca comporta como elementos chaves uma avaliação clínica correta e adequada, a criação de uma relação de confiança com os profissionais de saúde envolvidos, educação para a saúde, desmistificação de crenças e clarificação de conceitos e conceções acerca da doença, avaliação dos fatores de risco, mobilização e preparação do regresso a casa.

Durante o estágio, após estabilização clínica do doente, uma vez realizado cateterismo cardíaco, e se não ocorrerem intercorrências (recorrência da dor, alterações eletrocardiográficas, subidas de marcadores enzimáticos cardíacos.) o doente inicia precocemente exercícios de amplitude de movimento ao nível dos membros superiores e inferiores, retomou algumas atividades de vida diária (higiene pessoal, comer, beber, vestir-se) realizou levante e deambulação progressiva, e realiza treino de exercícios respiratórios sempre com controlo e particular atenção ao nível do traçado cardíaco, valores tensionais, FC e grau de esforço às atividades do doente. De facto, o início precoce da deambulação e atividade física são fundamentais na readaptação ao esforço do doente que também precocemente irá regressar à comunidade e que para qual necessita da melhor preparação possível. Em geral a AMM ativa dos membros superiores e inferiores, bem como as caminhadas junto ao leito são atividades bem toleradas como exercícios iniciais após EAM, cirurgia de revascularização e angioplastia coronária. No entanto, é preciso monitorizar cuidadosamente os sintomas, a perceção do esforço e a pressão sanguínea (KISNER e COLBY, 2009).

STEAD (2009) refere que a componente do exercício precoce na RC evoluiu a partir do reconhecimento que ocorre ao nível do descondicionamento físico que o EAM provoca, bem como o poder protetor de doença cardiovascular que o exercício revela ter. A inatividade aumenta o risco de desenvolver doença cardiovascular dupla. A autora refere ainda que,

mesmo que moderada, a atividade física consegue reduzir a mortalidade associada à doença cardíaca, se for realizada regularmente e para longo prazo.

Em estágio, à medida que a tolerância ao esforço do doente aumentava, se a estabilidade clínica se mantivesse, a atividade física era progressiva e realizada em etapas sequenciais, de modo a aumentar gradualmente o trabalho do doente como meio de contrariar o descondicionamento físico imposto em parte pelo evento mas também para evitar trombozes venosas ou embolias pulmonares. Para além disso, da experiência vivida salientamos a melhoria da sensação de bem-estar observada com a progressiva atividade física bem como estímulo de perspetivas positivas e a sensação de controlo sobre o seu corpo. A este nível STEAD (2009) diz-nos que, de facto, o exercício tem fortes benefícios ao nível da componente psicológica, mais concretamente melhorando o humor, aumentando a confiança e reduzindo a ansiedade e a depressão. Um dos aspetos relacionados com a progressão da atividade física está relacionado com a introdução de alguma resistência na realização de exercícios. De acordo com OLIVEIRA (2008), nos doentes cardíacos assiste-se com frequência a uma diminuição da força e da resistência muscular periférica; como tal, o treino de resistência muscular preservam e aumentam a força muscular que é essencial para melhorar a capacidade funcional e melhorar o desempenho das tarefas de rotina diárias conduzindo a uma melhor qualidade de vida. O aumento da resistência muscular periférica reduz os efeitos negativos físicos, sociais e psicológicos que a doença provoca, aumentando a tolerância nas diversas atividades.

Este facto é extremamente importante quando se tem como objetivo o retorno da pessoa produtiva e emocionalmente equilibrada à sociedade (OLIVEIRA, 2008). Sobre este tema o mesmo autor refere ainda que a promoção da saúde necessita de se concentrar em atividades que promovam não só favoráveis mudanças fisiológicas mas também que promovam uma melhor interação da pessoa com o seu ambiente e grupos sociais essencial no alcance de um perfil de saúde elevado. Estes resultados são desejáveis para a promoção da saúde num doente após evento coronário são alcançados através de treino com exercícios de resistência, facilitando a reabilitação dessas pessoas na sua vida social, física e psicológica.

Infelizmente, no decorrer do estágio, o número de doentes possíveis de integrar e acompanhar em programa de RC fase I foi reduzido; por um lado, devido a intercorrências inerentes ao próprio doente que impossibilitavam a sua admissão no mesmo, por outro pelo curto tempo de permanência destes doentes no serviço ou então porque eram doentes com área de residência fora de Lisboa. A este nível, devemos confessar que o sentimento de frustração por vezes espreitava mas infelizmente esta é a nossa realidade e a possibilidade de realizar RC só é possível para uma minoria, não só por motivos financeiros mas também por motivos geográficos.

No combate a este sentimento procurámos oferecer ao utente e sua família o maior número de informação e conhecimento acerca da patologia e suas consequências, do controlo de FR,

prática de exercício físico controlado (controlo da FC e TA), sinais e sintomas de alerta com o objetivo de o familiarizar com um ritmo, uma frequência e uma reação normal aquando a prática de atividades e/ou exercício. Contudo, perante a “oferta” procurámos desenvolver a nossa intervenção enquanto enfermeiro especialista de reabilitação ao nível do doente com EAM submetido a angioplastia mas também estendendo esta mesma intervenção a outras áreas, nomeadamente ao nível da preparação pré operatória do doente proposto para cirurgia de revascularização cardíaca e que infelizmente é cada vez mais frequente.

Para além disto existem diariamente, consultas de *follow up* que ocorrem aos 30 dias, 1 e 3 anos após alta cujo principal objetivo é melhorar a continuidade de cuidados após a mesma. Estas consultas são realizadas única e exclusivamente por enfermeiros.

Ao longo do estágio, procurámos passar por todas as fases que envolvem o doente e a sua família no processo de RC e que existem neste hospital, nomeadamente: fase I e II e consulta de *follow-up*. Contudo, em termos de intervenção na prática, enquanto enfermeiro especialista de reabilitação, por um conjunto de circunstâncias que nos são alheias, esta centrou-se muito ao nível da primeira fase do processo de RC.

O processo de intervenção dos enfermeiros ao nível organizativo é igual em todos os contextos o que difere é de facto as intervenções. Nestes doentes sobressaem claramente o papel do enfermeiro ao nível da educação para a Saúde transversal aos vários contextos. HOEMAN (2011) defende que a educação é a função chave num programa de RC e um fator crucial nos resultados a longo prazo do utente. O doente e família necessitam de informação e conhecimento para tomarem decisões eficazes e realizar escolhas assertivas sobre o seu estio de vida e comportamentos futuros (HOEMAN, 2011).

STEAD (2009) refere também que um dos elementos chave na prevenção secundária de doenças cardíacas é a promoção e educação para a saúde. De acordo com a autora, os enfermeiros estão bem posicionados para promover a saúde e melhorar os conhecimentos dos doentes e suas famílias, uma vez que podem capacitá-los, pelo conhecimento científico, técnico e relacional que possuem, para tomar o controlo da sua doença e da sua vida, modificando o seu estilo de vida.

Relativamente à nossa intervenção junto da família, considerando-a como elemento fundamental e indispensável no sucesso do processo, procurámos responder às questões e preocupações, determinando estilos e necessidades de aprendizagem, explicando-lhes a evolução da doença e das intervenções, ensinámos e instruímos sobre tipos e níveis de atividade, exercícios específicos, medicamentos e tipo de alimentação, bem como facultámos informação preparatória sobre o retorno ao trabalho, a redução do *stress*, a atividade sexual e as modificações do estilo de vida e procurámos efetuar o reconhecimento dos recursos existentes na família e comunidade envolvente (acessibilidades, barreiras arquitetónicas, necessidade de produtos de apoio, necessidade de cuidados de apoio).

A intervenção foi facilitada por um lado porque, na sua grande maioria, os doentes estavam perfeitamente lúcidos, orientados no tempo e no espaço, sem alterações comunicativas, o que permitiu um diálogo muito frequente e fluente, por outro lado porque o contacto com as famílias foi frequente que sedentas de informação estavam muito disponíveis e atentas a todo o questionamento e ensinamentos. Contudo, apercebemo-nos que a informação a ser transmitida é muita e o doente e a família não conseguem assimilar mais de metade porque o seu pensamento está muito preenchido com outras preocupações (repercussões, sociais, familiares e económicas). É preciso estarmos atentos a esta situação e dar-mos tempo ao doente e sua família no apaziguar destas preocupações oferecendo se necessário algumas soluções (apoio social, psicológico, nutricional). É importante verificar a informação que o doente e família foi adquirindo, reforçando sempre que possível e necessário. Pela brevidade de internamento naquela unidade, procurámos que a nossa intervenção fosse assertiva e dirigida às reais necessidades de cada um.

Em forma de síntese, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação junto do doente/família com alterações cardíacas, inserido ou não num programa de RC, consiste na promoção da saúde no controlo de fatores de risco para doença cardiovascular, o conhecimento da doença para controlo da mesma, no estímulo para o auto cuidado, na avaliação de sinais e sintomas de doenças crónicas, na promoção de suporte emocional, na promoção do retorno às atividades habituais com controlo da respiração, na readaptação e tolerância ao esforço, na prescrição de exercícios e supervisão dos mesmos e na preparação pré operatória para cirurgia de revascularização cardíaca (exercícios respiratórios, tosse dirigida com contenção de ferida operatória, alternância de decúbitos com contenção de ferida operatória, exercícios isométricos e isotónicos...).

Ao desenvolver a sua intervenção, o enfermeiro de reabilitação procura o restabelecimento, a consecução e manutenção dos mais elevados níveis emocionais, psicológicos, físicos, sexuais, sociais e ocupacionais da pessoa.



#### 4 - CONCLUSÃO

Ao chegar ao fim deste relatório, impõe-se realizar uma análise retrospectiva do percurso efetuado com o intuito de evidenciar as aprendizagens e competências desenvolvidas e de que forma é que as mesmas contribuíram para o meu crescimento não só profissional como também pessoal.

A enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto próprio de saúde, torna-se singular, única e indivisível num momento único de cuidado. O processo de cuidar tem vindo a evoluir colocando o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências.

Atualmente, a exigência de cuidados diferenciados e especializados é uma realidade que deve servir como estímulo motivador ao desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro. Enquanto enfermeira na prestação direta de cuidados, o contacto diário com as necessidades da pessoa e sua família e a exigência de respostas mais concretas, objetivas e direcionadas a essas mesmas necessidades fez-nos refletir e agir. Este trabalho é um reflexo de uma parte do resultado dessa ação.

Para a Enfermagem de Reabilitação, mais que a doença ou o acidente, são as suas consequências que constituem o centro de interesse da sua atuação.

Situações como AVC, LVM e EAM constituem-se como intercorrências no percurso de vida definido outrora pela pessoa e sua família, que, muitas vezes, trazem consigo desvantagens e/ou incapacidades que conduzem a modificações significativas na vida da pessoa, família e sociedade, perante as quais é necessário intervir com vista a maximizar o seu potencial funcional e independência.

Um dos aspetos transversais a estas várias patologias que sofre sempre no mínimo, alguma alteração é, sem dúvida, a mobilidade. Ela é uma das funções chaves através da qual as estruturas ou segmentos do corpo se movam ou são movidas de modo a permitir a ocorrência de uma adequada amplitude de movimento necessário para o desenvolvimento de atividades funcionais como o equilíbrio, o posicionamento corporal e a deambulação. Uma alteração a este nível provoca, na sua grande maioria, alterações ao nível das restantes funções, tornando-se primordial intervir sobre ela o mais precocemente possível. Consciente desta evidência e estimulada pela vivência prática real ocorrida em contexto clínico, decidimos incidir o nosso objeto de estudo a este nível. Ou seja procurei identificar de que forma a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação ao nível de um programa precoce de exercícios de

amplitude de movimento influencia a reeducação funcional motora da pessoa adulta com lesão neurológica ou cardiovascular.

Assim, relativamente à pessoa com lesão neurológica, pudemos concluir que os exercícios de amplitude de movimento por si só são fundamentais na prevenção de contracturas, na manutenção da elasticidade e contractilidade mecânica e fisiológica musculares, na diminuição ou inibição da dor, na manutenção da percepção de movimento, no favorecimento da circulação e prevenção de trombos, no desenvolvimento de coordenação e habilidades motoras para atividade funcionais (atividades de vida diária).

Contudo, este facto aliado à precocidade da sua implementação traz ainda maiores vantagens, nomeadamente, constatámos que através da nossa intervenção ao nível da pessoa/família com alterações neurológicas não traumáticas, existiram ganhos efetivos ao nível da força muscular do lado hemiplégico, na manutenção da percepção de movimento e na manutenção ou aumento da força muscular do lado não afetado fundamental para a independência funcional como compensação do lado afetado. Estes ganhos refletiram-se posteriormente num melhor equilíbrio estático e dinâmico fundamental no treino de marcha, numa maior facilidade ao nível de transferências, bem como numa maior capacidade ao nível da execução de outras atividades de vida diária como sejam comer, pentear, vestir entre outros. Em suma, com esta intervenção assistiu-se a tempos de recuperação mais rápida com défices residuais mais baixos aquando a alta devolvendo ao doente e sua família confiança, autocontrolo, maior capacidade para o autocuidado e, conseqüentemente maior autoestima.

Relativamente á intervenção junto do doente e família com alterações do foro neurológico não traumático ressalva o contexto em que esta foi desenvolvida, nomeadamente fora do contexto hospitalar, no qual a precocidade de intervenção é menos objetiva. No entanto, pelas características que os doentes apresentavam aquando a sua entrada na instituição, bem como as necessidades de intervenção que contemplavam, podemos afirmar que, de facto, mais uma vez, a precocidade dos exercícios ao nível da manutenção de amplitude de movimento são fundamentais na diminuição e limitação das sequelas que da imobilidade podem advir, nomeadamente contracturas musculares e articulares, ossificação heterópica e diminuição da força muscular. A mobilização precoce do doente é importantíssima, independentemente do nível de lesão, tornando-se relevante em todo o processo de reabilitação intra e extra hospitalar, com vista à melhoria da aptidão física e, conseqüentemente, à promoção da independência funcional. Com trabalho, dedicação e empenho, muitos dos doentes, apesar de manterem limitações, readquiriram funções autónomas ao nível motor que lhes permitiu readquirir independência em várias atividades funcionais contribuindo para a qualidade de vida, reintegração e participação social mais fácil do doente e sua família.

No que diz respeito à pessoa/família com alterações do foro cardiovascular, mais concretamente doença cardíaca, a precocidade da intervenção não se centra tanto ao nível da restauração/recuperação da independência provocada pela deficiência ou desvantagem mas sim no alcance das melhores condições físicas, mentais e sociais para que o doente possa,

pelos seus próprios esforços, recuperar tão normalmente quanto possível um lugar na comunidade, levando-o assim a uma vida produtiva e ativa. Pretende-se a recuperação física precoce para restaurar atividades habituais. Também aqui os exercícios de amplitude de movimento são fundamentais para evitar as complicações originadas pela permanência de cama embora esta situação seja cada vez de menor durabilidade. Por outro lado, é fundamental que o doente retome as suas atividades de vida diária com vista a reacquirição de confiança e autocontrolo da sua condição de saúde.

Assim, a experiência de ensino clínico proporcionou-nos a aquisição e desenvolvimento de competências que me permitiram integrar os conhecimentos adquiridos na teoria, de forma a transpô-los e capacitá-los no contexto prático, constituindo uma estratégia fundamental, para o desenvolvimento no domínio específico da enfermagem de reabilitação, mais propriamente o impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação na implementação precoce de um programa de exercícios de amplitude de movimento ao nível da reeducação funcional motora da pessoa/família com lesão neurológica ou cardiovascular.

A importância da mobilização precoce passa, sem dúvida, pelos ganhos na capacidade funcional, principalmente motora, repercutindo-se posteriormente num patamar mais elevado, ao nível da independência e melhoria da qualidade de vida do doente e sua família.

Para além do desenvolvimento de competências na área da especialidade este trabalho, permitiu-me ainda, desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência estimulando a procura e desenvolvimento do conhecimento científico fundamental na construção de uma Enfermagem Avançada.

Chego ao fim desta etapa da minha vida com uma sensação plena de enriquecimento, crescimento e desenvolvimento, aquisições estas que pretendo, agora, num futuro próximo, poder partilhar com os outros sejam eles doente, família ou profissionais.



## 5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✚ AMENDOEIRA, José. (2005). **Enfermagem Disciplina do conhecimento**. Fórum: desafios em enfermagem contributos para a excelência do exercício. Novembro de 2005
- ✚ BAEK, Ji-Hye., KIM, Jun-Woo., KIM, Suon-Yeop; OH Duck-Won YOO, Eun-Young, (2009). Acute effect of repeated passive motion exercise on shoulder position sense in patients with hemiplegia: a pilot study. **Neurorehabilitation**, [em linha] 25(2), 101-106. [Consult 2011/05/26] Disponível em CINAHL PLUS with full text Permalink: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010442815&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ✚ BOLANDER, Verolyn, Rae (1998). **Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica** (1ª edição em Português). Lisboa: Lusodidacta
- ✚ BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui. (2010). **Reabilitação da pessoa com AVC**. Coimbra. Formasau
- ✚ CARTA EUROPEIA DO CORAÇÃO (2007). European Heart Network, European Society of Cardiology
- ✚ CATALOGO NACIONAL DE AJUDAS TÉCNICAS. [em linha] 2008 [consult 2010/12/02] disponível em WWW: [URL:http://.ajudastecnicas.gov.pt](http://.ajudastecnicas.gov.pt)
- ✚ CAVENAGHI, Simone; GAMA, Dayne; VALÉRIO, Nelson; MARINO, Laís; RAMIREZ, Clarissa. Aplicabilidade Intra-hospitalar da cinesioterapia no trauma raquimedular. Rio Preto: **Arquivo Ciências da Saúde**, Out-Dez: 12 (4). 2005.p. 213-215
- ✚ CECATTO, Rebeca; ALMEIDA, Cristiane. O planeamento da Reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico. **Acta Fisiátrica**, 2010; 17(1), pp 37-43
- ✚ CONSELHO DE ENFERMAGEM DA OE (2009). **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- ✚ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. (2003). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE/ICNP – Versão B2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros
- ✚ COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES. [Em Linha] Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral – Indicadores de Atividade 2010

[Consultado em 15/09/2011] Disponível em WWW.:  
URL:[http://portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E91B6723-59A3-49F5-A83A-9F53DDC5AAA3/0/Vias\\_Verdes\\_2011.pdf](http://portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E91B6723-59A3-49F5-A83A-9F53DDC5AAA3/0/Vias_Verdes_2011.pdf)

- ✚ CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind; MULLALLY, Sarah. (2004). **Prática Baseada na Evidência- Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência
- ✚ CRUZ, Arménio; HENRIQUES, Fernando; AFONSO, José; FERREIRA Maria; COSTA, Maria; COIMBRA, Maria (2007). **Técnicas de Reabilitação II**. (2ªedição) Coimbra, Formasau
- ✚ DELISA, Joel (2002). **Tratado de Medicina de Reabilitação - Princípios e Prática**. 3ª ed. Tamboré: Editora Manole
- ✚ DOMENICO, Edvane; IDE, Cilene. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev Latino-Americana**. São Paulo: Universidade de São Paulo Enfermagem janeiro-fevereiro; 11(1): (2003). p115-118.
- ✚ FORTIN, Marie-Fabienne. (1999). **O processo de Investigação: da conceptualização à realização**.3º edição, Loures: Lusociência
- ✚ GRUPO DE ESTUDOS DE FISIOPATOLOGIA DO ESFORÇO E REABILITAÇÃO CARDÍACA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (2010). **Reabilitação Cardíaca: realidade nacional e recomendações clínicas**. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.
- ✚ GUYATT, Gordon; RENNIE, Drummond (2002). *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-based clinical practice*. Chicago: American Medical Association
- ✚ FRIES, Joyce (2005). Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. **Critical Care Nursing Quarterly**,[Em linha] 28(2), 179-187. [Consult 2011/05/26] Disponível em CINAHL PLUS with full text Permalink: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005106209&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ✚ HATCHETT, Richard; THOMPSON, David (2006). **Enfermagem Cardíaca – um guia polivalente**. Loures: Lusociência. .
- ✚ HESBEEN, Walter. (2003), **A Reabilitação – criar novos caminhos**. Camarate: Lusociência.
- ✚ HOEMAN, Shirley (2011). **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados**. 4ª ed., Loures: Lusodidacta

- ✚ JOHNSTNONE, Margaret. (1987). **Texto de apoio nº1 – Princípios e Reabilitação do doente Hemiplégico**. Alcoitão
- ✚ KELLY-HAYES, Margaret. Stroke Outcomes Measures **Journal of Cardiovascular Nursing** vol 19, Nº5, (2004) pp 301-307
- ✚ KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn (2009). **Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas** (5ª edição) Barueri: Manole
- ✚ LEITE, Valéria; FARO, Ana. O Cuidar do Enfermeiro Especialista em Reabilitação Físico-Motora. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo: Universidade de São Paulo. 39 (1). (2005); p. 92-96
- ✚ MARQUES, Sónia. (2007). **Os cuidadores informais de doentes com AVC**. Coimbra. Formasau.
- ✚ MICAEL, Fernando; VALENTE, João; GONÇALVES, Olinda; DUARTE, Sandrina. Reabilitação Cardíaca... O papel do Enfermeiro. **Revista de Saúde Amato Lusitano**; 29, pp 21-25
- ✚ OLIVEIRA, Janine; GALVAO, Cristina; ROCHA, Semiramis. (2008). Resistance exercises for health promotion in coronary patients: evidence of benefits and risks. **International Journal Of Evidence-Based Healthcare**, [Em linha] 6(4), 431-439. [Consult 2011/09/15] Disponível em CINAHL PLUS with full text Permalink: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010108784&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Autor
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). **Desenvolvimento Profissional Individualização das Especialidades em Enfermagem - Fundamentos e Proposta de Sistema** Assembleia. Lisboa: Autor
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular**. Lisboa: Autor
- ✚ PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane (2003). **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência;
- ✚ PORTUGAL. Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008. **Estado de Saúde e seus Determinantes**. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. 159 páginas - ISBN 0872-1114

- ✚ QUEIRÓS, Paulo; CARDOSE, Fernando; MARGATO, Carlos. (2006). **Técnicas de Reabilitação I** (4ª edição). Coimbra: Formasau
- ✚ REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2003. 68 p. ISBN 972-675-09
- ✚ REGULAMENTO nº 122/2011. "DR II Série". 35 (2011-02-18) 8648-8653
- ✚ REGULAMENTO nº 152/2011. "DR II Série". 35 (2011-02-18) 8658-8659
- ✚ ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison (2001). **O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi Editores, 198 p. ISBN 972-796-013-8;
- ✚ STEAD, Carolyn. (2009). Cardiac rehabilitation: benefits and low uptake. **Practice Nursing**, [Em linha] 20(12), 596-600.[Consult 2011/09/15] Disponível em CINAHL PLUS with full text. Permalink:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010540277&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ✚ THELAN, Lynne; DAVIE, Joseph; URDEN, Linda; LOUGH. Mary. (1996). **Enfermagem em Cuidados Intensivos: diagnóstico e tratamento**. Segunda edição. Camarate: Lusodidacta

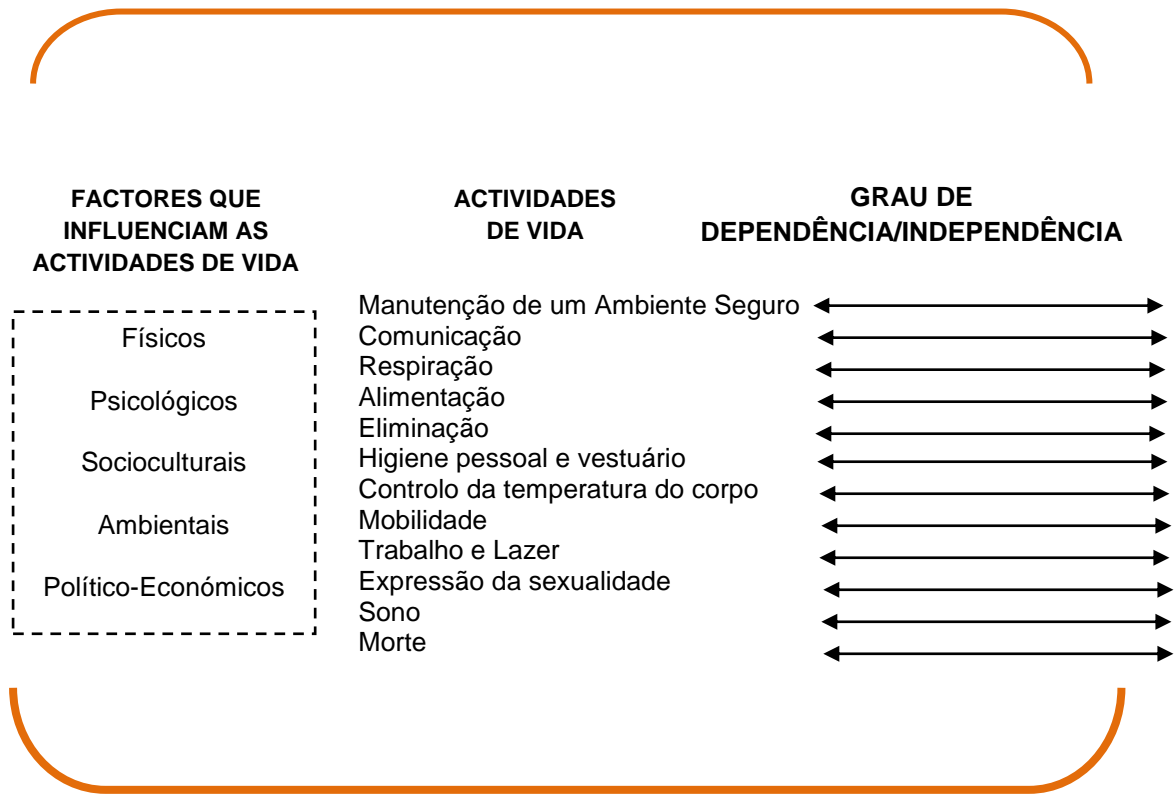
## **ANEXOS**



ANEXO I – Diagrama de Modelo de Vida de Roper, Logan e Tierney



## ETAPAS DE VIDA



## INDIVIDUALIDADE DA VIDA

Exame

Planeamento

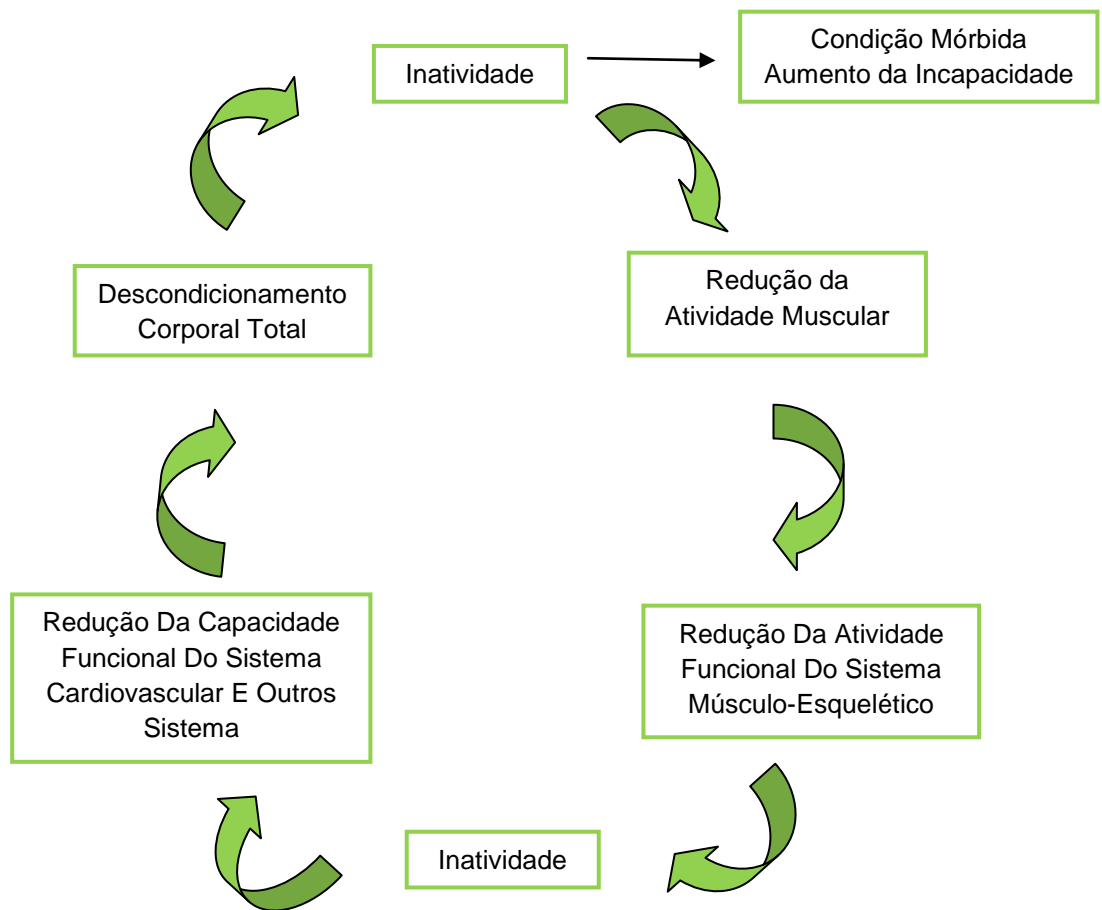
Implementação

Avaliação

Fonte: ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison (2001).

## ANEXO II - Ciclo da Imobilidade





### CICLO DA IMOBILIDADE

CRUZ *et al*, (2007) adaptado de Delise, J. A.; 1992

ANEXO III- Escala De Avaliação da Força e Função Muscular



<b>GRAU</b>	<b>ESCALA</b>	<b>% DE FUNÇÃO</b>	<b>AValiação de NÍVEL MUSCULAR</b>
5	Normal	100 ou Total	Total amplitude de movimento contra gravidade com resistência total
4	Bom	75	Total amplitude de movimento contra gravidade com alguma resistência
3	Razoável	50	Total amplitude de movimento contra gravidade
2	Pobre	25	Movimento passivo, total amplitude de movimento
1	Vestígios	10	Ligeira contractilidade, sem movimento
0	Zero	0 ou Ausente	Ausência de contractilidade

**FONTE:** HOEMAN, 2011, adaptado de CHIPPS, CLAIN. CAMPBELL, 1992

ANEXO IV – Limites da Amplitude Articular dos Membros Superiores e Inferiores



Articulação	Flexão	Extensão	Hiperextensão	Abdução	Adução	Rotação Interna	Rotação Externa	Outros Movim.
Ombro	180°	0°	30-60°	180°	0°	90°	70°	Adução horizont 135°
Cotovelo	150°	0°						
Rádio- Cubital Inf. E Sup (antebraço)								Pronação 80° Supinação 80°
Punho	80°	70°						Desvio Radial 20° Desvio Cubital 30°
Metacarpico Falângicas	1º dedo 70° Restantes 90°	30°						
Coxo- Femural	120°	0°	30°	45°	30°	45°	45°	
Joelho	135°	0°						
Tibiotársica	Dorsal 20° Plantar 50°							Inversão 35° Eversão 15°
Metatársico -Falângicas	45°	70°		30°	30°			

Fonte: BRANCO e SANTOS, 2010

ANEXO V – Exercícios de Amplitude de Movimento Passivo e Ativo



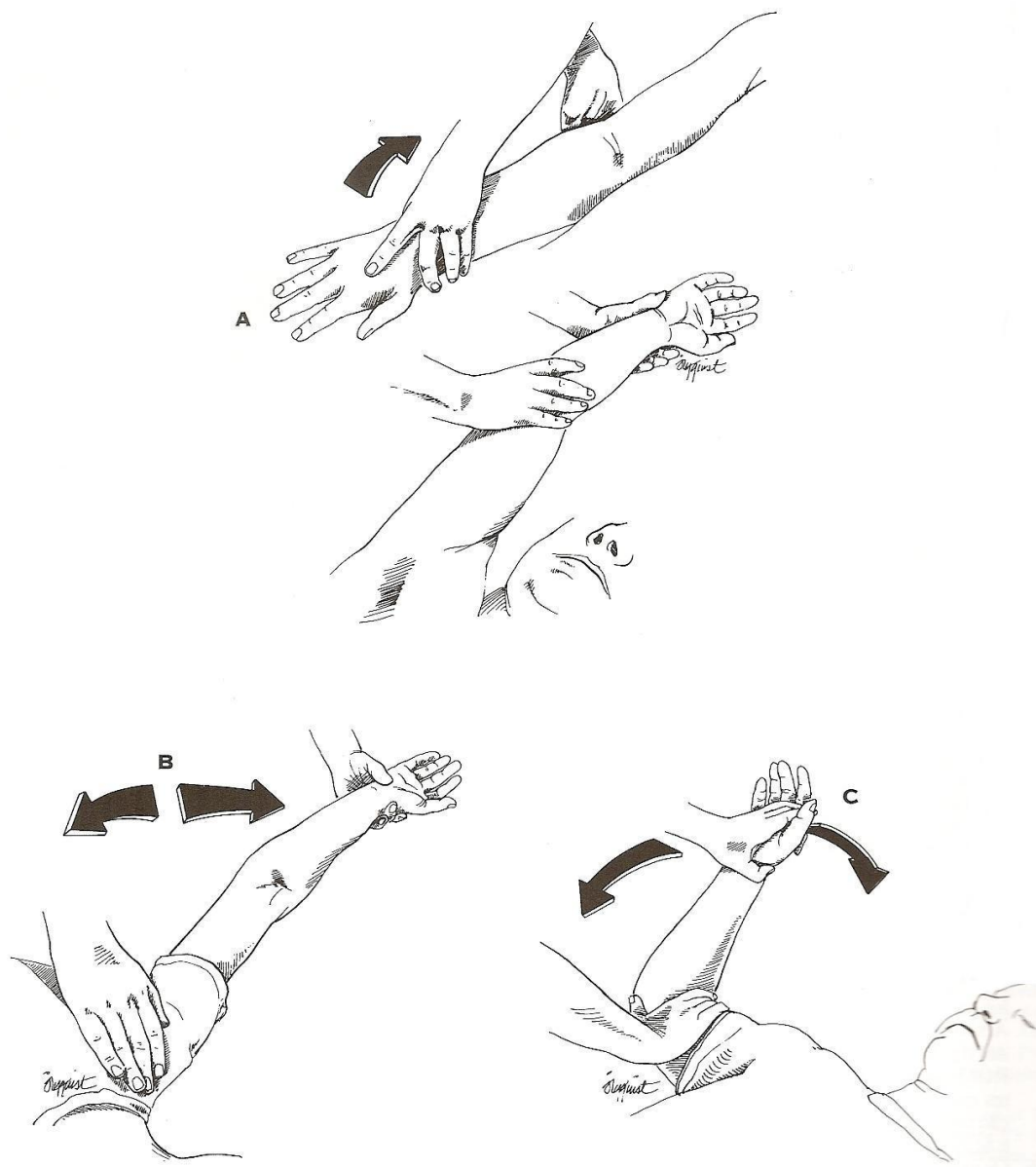


Fig 1: A- Extensão e Flexão da Articulação Escapulo-Umeral

B: Adução e Abdução da Articulação Escapulo-Umeral

C: Rotação Interna e Rotação Externa Da Articulação Escapulo-Umeral

Fonte: HOEMAN, Shirley, 2011



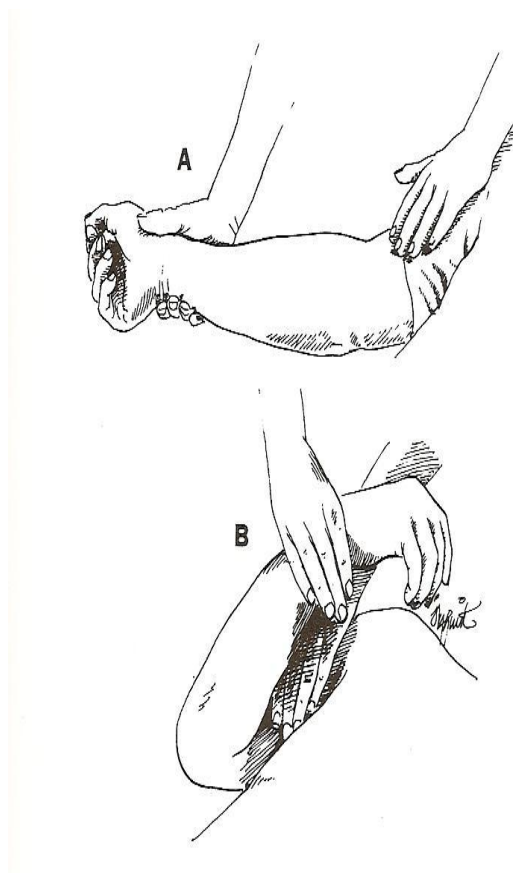


Figura 2:

- A-** Extensão do Cotovelo
- B-** Flexão do Cotovelo

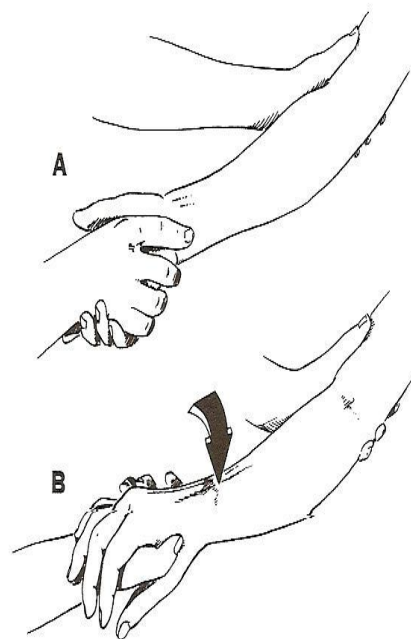


Figura 3:

- A-** Supinação Antebraço
- B –** Pronação do Antebraço

**Fonte:** HOEMAN, Shirley, 2011



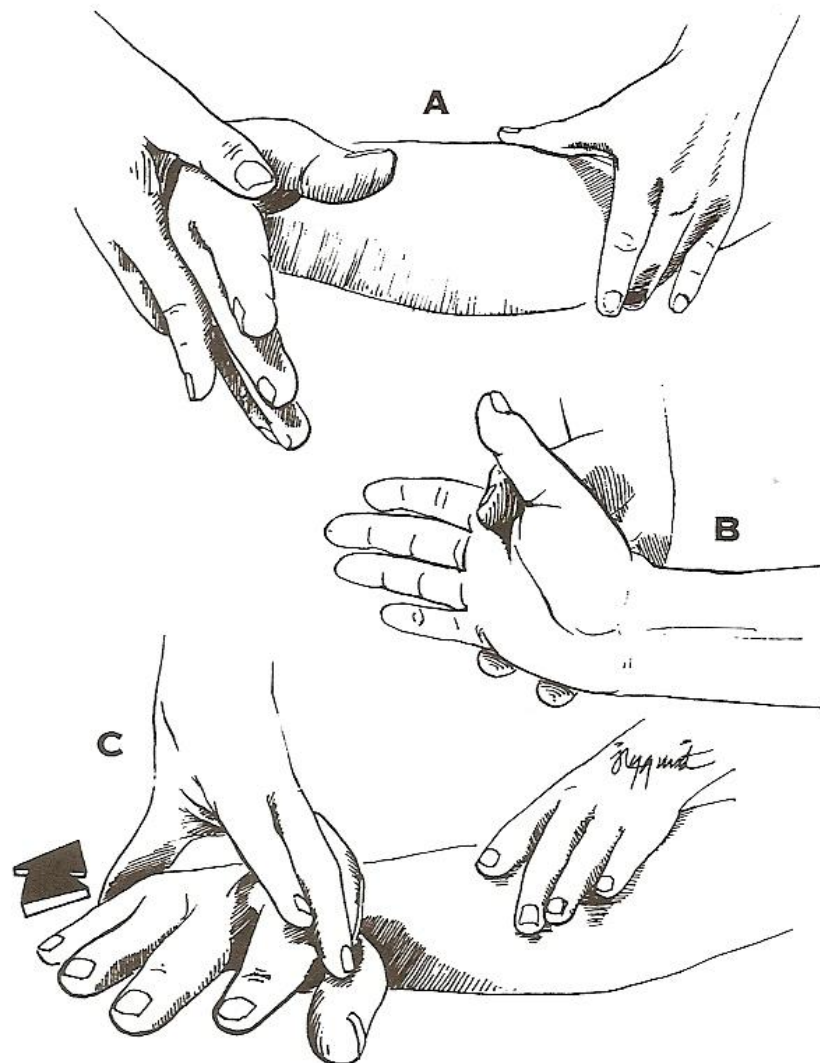


Figura 4

- A- Flexão do Punho
- B- Extensão do punho
- C- Desvio Radial e Desvio Cubital



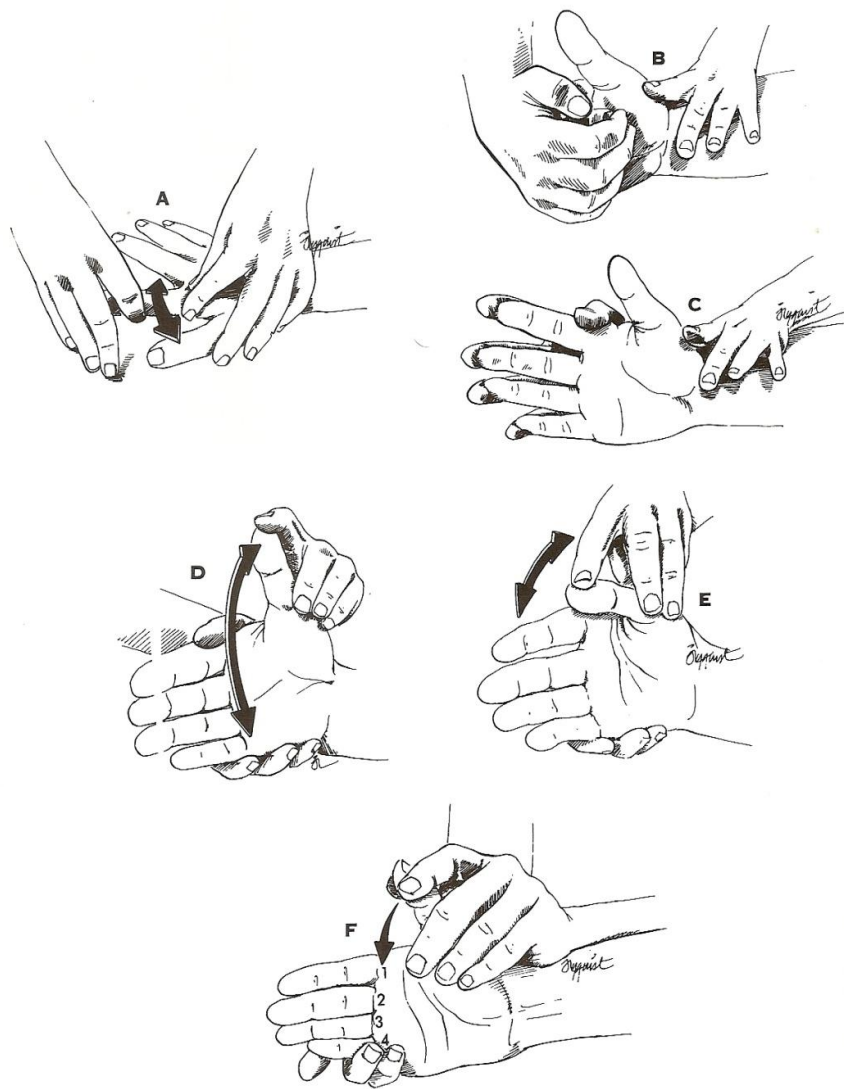


Figura 5

- A- Adução e Adução dos Dedos
- B- Flexão dos Dedos
- C- Extensão dos Dedos
- D- Flexão e Extensão do Polegar
- E- Abdução e Adução do Polegar
- F- Oponência do Pole

Fonte: HOEMAN, Shirley, 2011



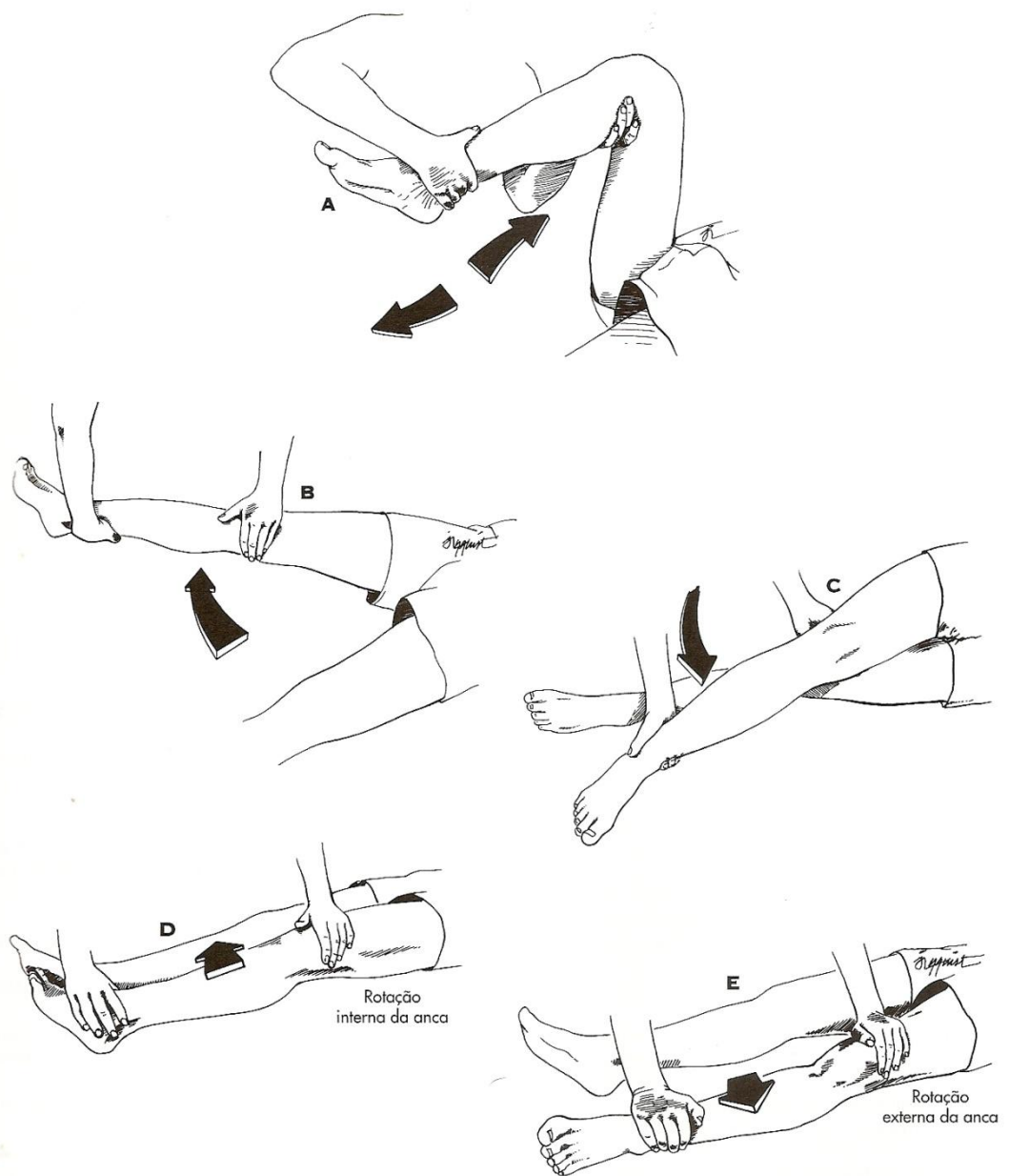


Figura 6

- A-** Flexão e Extensão da Articulação Coxo-Femural
- B-** Abdução da Articulação Coxo-Femural
- C-** Adução da Articulação Coxo-Femural
- D-** Rotação Interna da Articulação Coxo-Femural
- E-** Rotação Externa da Articulação Coxo-Femural

Fonte: HOEMAN, Shirley, 2011



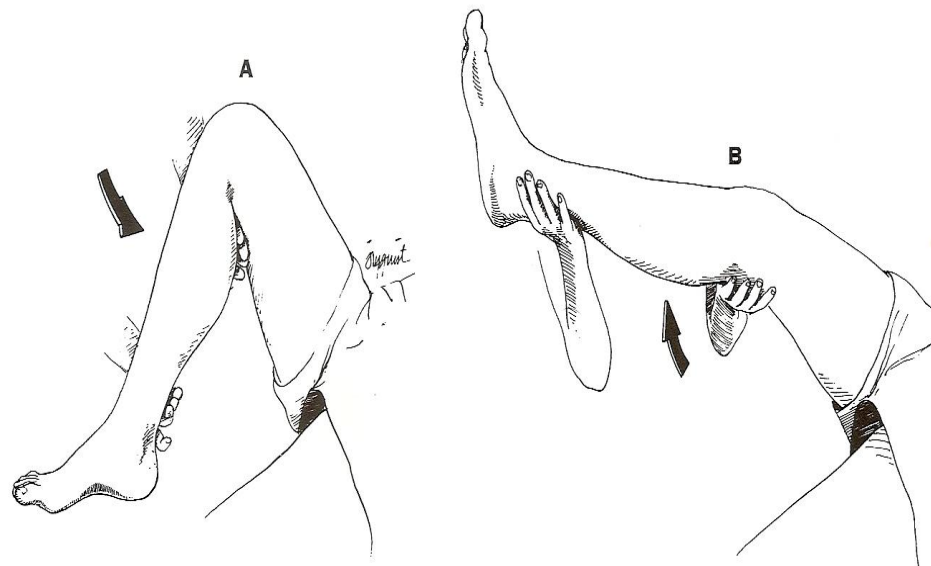


Figura 7

**A** – Flexão do Joelho

**B** – Extensão do Joelho

Fonte: HOEMAN, Shirley, 2011



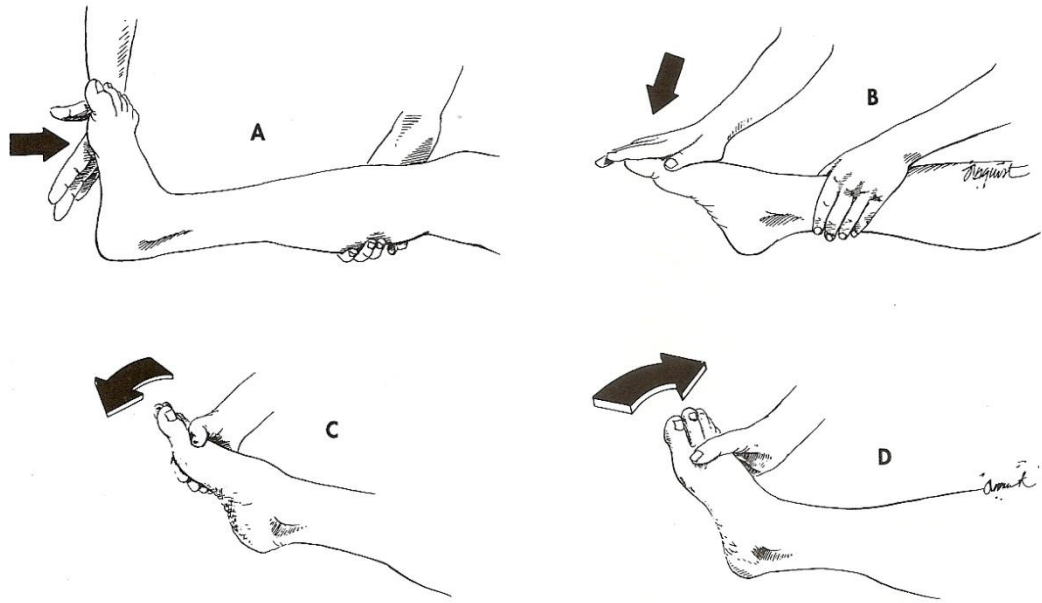


Figura 8

- A- Flexão da Articulação Tibiotársica (Dorsiflexão)
- B- Extensão da Articulação Tibiotársica (Flexão Plantar)
- C- Inversão da Articulação Tibiotársica
- D- Eversão da Articulação Tibiotársica

Fonte: HOEMAN, Shirley, 2011



## ANEXO VI – Percurso Metodológico



## Protocolo de Pesquisa

Pergunta **PI[C]O**: De que forma a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação ao nível de um programa precoce de exercícios de amplitude de movimento **(I)** influencia a reeducação funcional motora **(O)** da pessoa adulta com lesão neurológica ou cardiovascular **(P)**?

<b>P</b>	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa adulta (idade compreendida entre 40-65 anos) com lesão neurológica ou cardiovascular	<b>Palavras Chave</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Stroke (AVC)</li> <li>. Rehabilitation (Reabilitação)</li> <li>. Range of motion (Amplitude de Movimento)</li> <li>. Nursing (Enfermagem)</li> <li>. Spinal Cord Injury (Lesão Vertebral Medular)</li> <li>. Rehabilitation</li> <li>. Range of Motion (Amplitude de movimento)</li> <li>. Nursing</li> <li>. Cardiac Rehabilitation (Reabilitação Cardíaca)</li> <li>. Myocardial Infarction (Enfarte do Miocárdio)</li> <li>. Nursing (Enfermagem)</li> </ul>
<b>I</b>	Intervenções	O que foi feito?	Programa precoce de exercícios de amplitude de movimento	
<b>(C)</b>	Comparações	Podem existir ou não?		
<b>O</b>	Outcomes	Resultados Efeitos ou consequências	Reeducação funcional motora	

## 1º PROTOCOLO DE PESQUISA

A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLOGICO NÃO TRAUMÁTICO

### SEM FILTRO

DESCRITORES	Nº DE ARTIGOS ENCONTRADOS
1 Stroke	334617
2 Rehabilitation	464940
3 Range of motion	61236
4 Nursing	1830350

### CONJUGAÇÃO DOS DESCRITORES

Descritores	Nº Artigos Encontrados		Nº Artigos seleccionados
1+2	45363	FILTRO Cronológico : 2005/2011	17505
1+3	3757		2093
1+4	39375		20443
2+3	18170		5734
2+4	83089		27693
3+4	3993		1961
1+2+3	2860		1585
1+2+4	13290		7182
2+3+4	2069		1147
1+2+3+4	812		554

## 2º PROTOCOLO DE PESQUISA

### A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO TRAUMÁTICO

#### SEM FILTRO

PALAVRAS-CHAVE	Nº DE ARTIGOS ENCONTRADOS
1 Spinal Cord Injury (SCI)	37816
2 Rehabilitation	464940
3 Range of Motion	61236
4 Nursing	1830350

#### CONJUGAÇÃO DOS DESCRITORES

Descritores	Nº Artigos Encontrados		Nº Artigos seleccionados
1+2	15325	FILTRO	4942
1+3	1420		777
1+4	39375	Cronológico : 2005/2011	20443
2+3	18170		5734
2+4	83089	Full Text	27693
3+4	3993		1961
1+2+3	1117		624
1+3+4	3732		1578
2+3+4	2069		1147
1+2+3+4	369		273

### 3º PROTOCOLO DE PESQUISA

A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO CARDIOVASCULAR – DOENÇA CARDÍACA



#### SEM FILTRO

PALAVRAS-CHAVE	Nº DE ARTIGOS ENCONTRADOS
1 Myocardial Infarction (MI)	274898
2 Cardiac Rehabilitation (CR)	10154
3 Nursing	1830350

#### CONJUGAÇÃO DOS DESCRITORES

Descritores	Nº Artigos Encontrados	FILTRO	Nº Artigos seleccionados
1+2	3738	Cronológico : 2005/2011	1338
1+3	23421		8967
2+3	3514		1597
1+2+3	1423	Full Text	713

## SELECÇÃO DE ARTIGOS SEGUNDO CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

<p><b>CrITÉrios de Inclusão</b></p>	<p>1 - Privilegiaram-se os artigos relacionados com a intervenção do enfermeiro de reabilitação face à pessoa/família com acidente vascular cerebral, lesão vertebro medular e enfarte agudo do miocárdio</p> <p>2 - Artigos em <i>Full text</i> em formato PDF;</p> <p>3 – Artigos cujo a área de intervenção apenas se direccionasse à reabilitação motora</p> <p>4 – Artigos que privilegiassem a intervenção autónoma do enfermeiro ao nível da temática seleccionada.</p>	<p><b>SELECÇÃO FINAL DE ARTIGOS</b></p>  <p>6</p>  <p>4</p>
<p><b>CrITÉrios de exclusão</b></p>	<p>1 – Todos os artigos repetidos nas duas bases de dados.</p> <p>2 – Todos os artigos sem <i>full text</i>.</p> <p>3 – Todos os artigos anteriores a 2005</p> <p>4- Todos os artigos direccionados para a área pediátrica, ortopédica e de saúde mental</p>	

ANEXO VII – Artigos Seleccionados



ANEXO VIII – Tabelas de Análise dos Artigos Seleccionados







Estudo	<b>Acute Effect Of Repeated Passive Motion Exercise On Shoulder Position Sense In Patients With Hemiplegia: A Pilot Study</b> BAEK, Ji-Hye; KIM, Jun-Woo; KIM, Suhn-Yeop; OH Duck-Won; YOO, Eun-Young, (2009)	
Participantes	15 pacientes com hemiplegia	
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação inicial da capacidade de posicionamento do ombro afetado em 5 ângulos (30°, 60°. 90. 120° e 150°) com posicionamento passivo.</li> <li>- Realizados exercícios repetidos de movimento passivo (RPM) escapular (elevação/ depressão, protração/ retração e rotações para cima e para baixo) e ombro (flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/rotação externa). Foram realizadas 3 séries de 15 repetições de cada movimento.</li> <li>- Avaliação final da capacidade de reposicionamento do ombro afectado.</li> </ul>	
Resultados	Após o exercício RPM, houve uma diferença significativa na PCR (proporção de respostas corretas) total de hemiplegia direita ( $p < 0,05$ ) e no total PCR e PCR no ângulo de 90°. de hemiplegia à esquerda ( $p < 0,05$ ). No entanto, a PCR não foi significativamente diferente entre a hemiplegia direita e esquerda em qualquer ângulo. Para todos os pacientes, a PCR total e os PCRs para todos os ângulos, exceto 30° e 150° foram significativamente maior após o exercício RPM ( $p < 0,05$ ).	
Nº de Artigo 66	Nível de Evidência – II*	Tipo de Estudo - Quantitativo

\*GUYATT e RENNIE (2002): **Level I:** Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews); **Level II:** Single experimental study (RCTs); **Level III:** Quasi-experimental studies; **Level IV:** Non-experimental studies; **Level V:** Care report/program evaluation/narrative literature reviews; **Level VI:** Opinions of respected authorities/Consensus panels.

<b>Estudo</b>	<b>Critical Rehabilitation of the Patient With Spinal Cord Injury</b> FRIES, Joyce (2005)	
<b>Participantes</b>	Pessoas com lesão vertebro medular no início do seu processo de reabilitação em contexto hospitalar, intervenção interdisciplinar na prevenção de complicações	
<b>Intervenções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proteção cutânea: mudanças de decúbito (no mínimo de 2/2 horas) frequentes</li> <li>- Mobilização de equipamentos apropriados – produtos de apoio</li> <li>- Encorajar a participação ativa e autónoma do doente no seu processo de reabilitação clarificando a metodologia de comunicação</li> <li>- Exercícios de amplitude de movimento activos e passivos (ROM) na prevenção de contracturas e de ossificação heterotópica que posteriormente limitam grandes movimentos como sentarmos e deambular</li> <li>- Integração precoce da família no processo de reabilitação</li> <li>- Após a coluna estar estabilizada, imobilizada e suportada, tem início a reabilitação activa</li> </ul>	
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenção de úlceras de pressão</li> <li>- Ganhos na autonomia do doente com a utilização correta e apropriadas de determinados produtos de apoio</li> <li>- Prevenção de contracturas e ossificação heterotópica que posteriormente podem limitar grandes movimentos como sentar e deambular</li> <li>- Participação ativa do doente no processo de Reabilitação;</li> <li>- Participação ativa da família no processo de Reabilitação;</li> <li>- A reabilitação activa tem como objetivo mobilização autónoma do doente na cama, rolar de um lado para o outro, sentar-se na cama e levantar para fora da cama.</li> </ul>	
<b>Nº de Artigo 22</b>	Nível de Evidência – VI	Tipo de Estudo – Opinião de Autoridades respeitadas/Consensos

<b>Estudo</b>	<b>Resistance Exercises For Health Promotion In Coronary Patients: Evidence Of Benefits And Risks</b> OLIVEIRA, Leite; GALVÃO, Cristina; ROCHA, Semiramis, (2008)	
<b>Participantes</b>	Pessoas com doença das artérias coronárias em situação de pós enfarte agudo do miocárdio ou pós cirurgia cardíaca	
<b>Intervenções</b>	Reabilitação cardíaca através de exercícios resistidos	
<b>Resultados</b>	<p>11 Artigos selecionados dos quais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 Referiam-se apenas ao exercício resistidos;</li> <li>- 6 Referiam-se ao exercício resistido combinado com a componente aeróbia</li> <li>- Benefícios/riscos da intervenção: Melhoria da força muscular periférica, aumento da capacidade física, melhoria do estado emocional e qualidade de vida. Nenhum risco foi relatado relacionado com a aplicação do exercício resistido</li> </ul>	
<b>Nº de Artigo 22</b>	Nível de Evidência – I	Tipo de Estudo – revisão sistemática da literatura

<b>Estudo</b>	<b>Cardiac Rehabilitation: Benefits and Low Uptake</b> STEAD, Carolyn (2009)	
<b>Participantes</b>	Pessoas com doença coronária	
<b>Intervenções</b>	Reabilitação cardíaca	
<b>Resultados</b>	<p>- A reabilitação cardíaca é um dos tratamentos, dentro da prevenção secundária mais benéfico disponível para pessoas com doença das artérias coronárias.</p> <p>- A reabilitação cardíaca acelera a recuperação física e psicológica, reduz a taxa de mortalidade após evento coronário agudo, reduz os fatores de risco, melhora a qualidade de vida e permite um retorno ao trabalho mais precoce.</p> <p>Organiza-se segunda 4 fases:</p> <p>Fase 1 – fase intra-hospitalar</p> <p>Fase 2 – Fase imediatamente após a alta hospitalar</p> <p>Fase 3 – Em ambulatório desenvolvida em torno de um programa de exercícios estruturado com suporte educativo e psicológico</p> <p>Fase 4 – Fase de manutenção sobre a modificação de fatores de risco, com acompanhamento ao nível dos cuidados primários.</p> <p>- A componente do exercício é extremamente importante ao nível do descondicionamento físico que uma situação de EAM provoca bem como na prevenção de recidivas.</p> <p>- Os benefícios físicos do exercício incluem melhoria do esforço ao trabalho, melhoria do perfil lipídico e redução da tensão arterial. Ao nível psicológico melhora o humor, aumenta a confiança e reduz a ansiedade e a depressão.</p> <p>- O suporte educativo é um dos elementos chave fundamentais em todo este processo com vista ao empowerment do doente. Os enfermeiros são os profissionais que melhor lugar ocupam junto do doente na concretização deste objetivo.</p> <p>- O objetivo final é ajudar as pessoas com doença das artérias coronárias mais ativas e capazes de controlar o seu estado de saúde</p>	
<b>Nº de Artigo 24</b>	Nível de Evidência – I	Tipo de Estudo – Prática baseada na evidência

ANEXO IX – Projetos de Estágio II



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
1º ANO, 2º SEMESTRE  
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO

# PROJECTO DE ESTÁGIO



**CONTEXTO DE NEUROLOGIA TRAUMÁTICA  
CMR SUL – SÃO BRÁS DE ALPORTEL**

**AUTORA:**

Joana Morais  
nº090430016

SANTARÉM

OUTUBRO DE 2010



<b>INDICE</b>	<b>P</b>
<b>NOTA INRODUTÓRIA</b>	<b>3</b>
<b>PLANO DE ACTIVIDADES</b>	<b>4</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>13</b>



## NOTA INTRODUTÓRIA

O curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação apresenta como finalidade major promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem de reabilitação, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e reflexividade sobre a prática. É em direção a este propósito que tenho vindo a caminhar procurando desenvolver competências específicas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e do campo de intervenção definido para esta área de especialidade. Estas competências são demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Conselho de Enfermagem da OE (2009) -Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional.).

São várias as áreas possíveis de atuação do enfermeiro especialista de Reabilitação. Uma dessas áreas diz respeito às patologias do foro neurológico traumático. Infelizmente este tipo de patologias é cada vez mais frequente 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. É precisamente sobre este contexto que surge este Ensino Clínico, integrado no Estágio II, que irá decorrer entre os dias 4 a 29 de Outubro de 2010 no Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul em São Brás de Alportel.

A escolha desta instituição para desenvolvimento deste contexto, apesar do distanciamento em relação à área de residência, relaciona-se com a curiosidade e interesse que eu tenho por conhecer o trabalho que é desenvolvido neste meio de Reabilitação ao mais alto nível com incidência sobre o trabalho específico da enfermagem de reabilitação. 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 instituições.

Como forma de organizar e orientar o Ensino Clínico foi-me proposto a elaboração de um projeto de Estágio. Este projeto assenta nesta pequena nota introdutória seguido de um plano de atividades que está organizado segundo objetivos gerais (Curso), objetivos específicos para o contexto de ensino clínico a que eu me proponho atingir, atividades a desenvolver para o alcance destes objetivos, intervenientes nestas atividades e definição cronológica destas últimas.



## ✚ A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO TRAUMÁTICO

### OBJECTIVOS GERAIS:

- ✚ Desenvolver formação científica, técnica, humana e cultural adequada, na área do conhecimento especializado em enfermagem de reabilitação, relevante para a qualidade dos cuidados à pessoa/família/comunidade, com lesão neurológica traumática, ao nível do tratamento e diferentes níveis de prevenção;
- ✚ Aprofundar competências que permitam intervir no processo de gestão de serviços de enfermagem e saúde;
- ✚ Desenvolver competências para a avaliação e reflexão sistemática da prática profissional em geral e, em particular da área de intervenção, baseada em evidência científica, tendo em vista a inovação/transformação.

**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**

Atividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação á equipa interdisciplinar</li> <li>- Recolha de informação junto do enfermeiro Luís Pedro para obtenção de dados sobre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Patologias mais frequentes do centro;</li> <li>o Área de abrangência ;</li> <li>o Normas e procedimentos de enfermagem ;</li> <li>o Horário dos turnos realizados e respectivos recursos humanos em cada um;</li> <li>o Tipo de Apoio Clínico;</li> <li>o Recursos materiais do Centro;</li> <li>o Articulação existente entre os membros da equipa interdisciplinar;</li> <li>o Articulação existente entre a instituição e outros serviços exteriores de apoio na comunidade;</li> <li>o Objectivos do Centro com predomínio ao nível da enfermagem ;</li> <li>o Tipo de cuidados prestados;</li> <li>o Método de trabalho de enfermagem e instrumentos de registo</li> </ul> </li> <li>- Identificação do circuito de atendimento do doente na admissão e diariamente durante os dias de internamento o circuito de Reabilitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A mestranda</li> <li>- Enfº Luís Pedro</li> <li>- A equipa interdisciplinar</li> <li>- Os doentes</li> </ul>	<p>1º semana de estágio</p>

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

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









**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**

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

## **BILBIOGRAFIA**

- ✚ Conselho de Enfermagem da OE (2009). **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
1º CURSO DE Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização  
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
1º ANO, 2º SEMESTRE  
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO**

## **PROJECTO DE ESTÁGIO**



**CONTEXTO DE NEUROLOGIA NÃO TRAUMÁTICA  
CHON – SERVIÇO DE MEDICINA II – CALDAS DA RAINHA**

**AUTORA:** Joana Morais nº 090430016

**ENFERMEIRO COOPERANTE :** Graça Ramalheiro

**DOCENTE ORIENTADOR:** Prof José Lourenço

SANTARÉM  
NOVEMBRO DE 2010



<b>INDICE</b>	<b>P</b>
<b>NOTA INTRODUTÓRIA</b>	<b>3</b>
<b>1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA II DO CHON</b>	<b>5</b>
<b>2 - PLANO DE ACTIVIDADES</b>	<b>7</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>17</b>



## NOTA INTRODUTÓRIA

O curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação apresenta como finalidade major promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem de reabilitação, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e reflexividade sobre a prática. É em direção a este propósito que tenho vindo a caminhar procurando desenvolver competências específicas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e do campo de intervenção definido para esta área de especialidade. Estas competências são demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros,2009).

De acordo com o plano de estudos delineado para o presente curso os mestrandos deverão realizar 5 estágios de natureza profissional em contexto real de trabalho no qual desenvolvem a sua aprendizagem integrados em equipas interdisciplinares com base num projeto individual e tutorado por um enfermeiro cooperante membro desta mesma equipa especialista em enfermagem de reabilitação e respetivo professor responsável. O ensino clínico, pretende ser um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, que permita aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção refletida. Pretende-se nomeadamente que, através desta componente de teor prático, demos sentido às nossas intervenções e sejamos capazes de aprender com as experiências dos cuidados.

São várias as áreas possíveis de atuação do enfermeiro especialista de Reabilitação. Uma dessas áreas diz respeito às patologias do foro neurológico não traumático. Aqui dentro desta área as patologias e afeções também se multiplicam, contudo e perante o conhecimento prévio do contexto clínico irei incidir a minha atuação ao nível das patologias cerebrovasculares, nomeadamente AVC/AIT que constituem as afeções neurológicas mais frequentes no serviço. Infelizmente e com o envelhecimento e inadequados hábitos de vida da nossa população, este tipo de patologias é cada vez mais frequente 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. É precisamente sobre este contexto que surge este Ensino Clínico, integrado na Unidade Curricular Estágio II e Relatório, que irá decorrer entre os dias 2 a 27 de Novembro de 2010 no Serviço de Medicina II do CHON.

Como forma de organizar e orientar o Ensino Clínico foi-me proposto a elaboração de um projeto de Estágio. Para BARBIER (1993:52) “Projeto não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma *ideia*, é o futuro a *fazer*, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato.”

Assim com este projeto pretende atingir os seguintes objetivos:

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

Este projeto assenta nesta pequena nota introdutória seguido de uma breve contextualização do serviço de medicina II do CHON, posteriormente apresento o plano de atividades que rege todo o estágio e que está organizado segundo objetivos gerais (Curso), objetivos específicos para o contexto de ensino clínico a que eu me proponho atingir, atividades a desenvolver para o alcance destes objetivos, intervenientes nestas atividades e definição cronológicas destas últimas.

## **1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA II DO CHON**

A seleção do Centro Hospitalar Oeste Norte, Caldas da Rainha, para a realização do estágio prende-se com o facto de ser uma instituição localizada próximo da minha área de residência. Por outro lado sempre foi um contexto revestido de curiosidade de conhecimento.

Assim e após observação e diálogo com a enfermeira Graça e alguns membros da equipa interdisciplinar posso dizer que o Serviço de Medicina II do CHON possui 33 camas, distribuídas por 12 enfermarias integrando uma Unidade Cardíaca (3 camas), uma Unidade de AVC (3 camas), uma Unidade de Oncologia (2 camas) e uma Unidade de Isolamento.

É um Serviço que foi recentemente remodelado e que tem uma elevada taxa de ocupação. Possui uma equipa de enfermagem jovem e dinâmica, na qual se integra dois enfermeiros especialistas de reabilitação, um desenvolve a sua ação na área da gestão e o outro na prestação direta de cuidados (Enf<sup>a</sup> Graça Ramalheiro) A enfermeira especialista de reabilitação é responsável pela avaliação, o planeamento e a execução das atividades a realizar no âmbito da reabilitação do doente/família inserido na sua comunidade, procurando interligar-se com as fisioterapeutas, fisiatras e médicos do serviço.

As patologias mais frequentes são as do foro cárdio- respiratório, seguidas das do foro neurológico não traumático, mais concretamente AVC. As incapacidades e desvantagens que esta doença provoca, conduzem a modificações significativas na vida das pessoas e sua família, modificações estas que exigem intervenção de técnicos qualificados para conduzir processos de adaptação `nova realidade, diferente, mais complexa e com dimensões e processos nem sempre fáceis de enquadrar nos ritmos da vida moderna. (BRANCO e SANTOS, 2010)

A grande maioria dos utentes são idosos, com diminuição da força muscular, défices de mobilidade e com elevado grau de dependência nas atividades da vida diária, constituindo assim um vasto campo de atuação aliciante ao nível das intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação.



## ✚ A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO NEUROLÓGICO NÃO TRAUMÁTICO

### OBJECTIVOS GERAIS:

- ✚ Desenvolver competências científica, técnica, humana e cultural adequada, na área do conhecimento especializado em enfermagem de reabilitação, relevante para a qualidade dos cuidados à pessoa/família/comunidade, com lesão neurológica não traumática, ao nível do tratamento e diferentes níveis de prevenção;
- ✚ Desenvolver competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos em enfermagem de reabilitação
- ✚ Desenvolver competências para a avaliação e reflexão sistemática da prática profissional em geral e, em particular da área de intervenção, baseada em evidência científica, tendo em vista a inovação/transformação.

**1º OBJECTIVO ESPECÍFICO:** *Compreender a dinâmica de funcionamento do serviço de Medicina do CHON com evidência no papel do Enfermeiro de Reabilitação identificando situações que beneficiam da sua intervenção*

Atividades	Intervenientes	Cronologia
<p>- Recolha de informação junto do enfermeira Graça Ramalheiro e restante equipa para obtenção de dados sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tipologia de doentes e patologias mais frequentes com necessidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>○ Predomínio de internamento da área de abrangência ;</li> <li>○ Normas, procedimentos e protocolos de enfermagem específicos ao nível da enfermagem de reabilitação;</li> <li>○ Tipo de Apoio Clínico;</li> <li>○ Recursos materiais do Serviço específicos param reabilitação;</li> <li>○ Articulação existente entre os membros da equipa interdisciplinar;</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>- A mestranda</p> <p>- Enf cooperante</p> <p>- A equipa Interdisciplinar</p> <p>- Doentes</p>	<p>1º semana de estágio</p>





- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- 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, evitar retenção de secreções e obstrução brônquica;</li><li>- Realização de exercícios de reeducação abdomino-diafragmáticos e costais (globais e seletivos) para correção de assinergias e defeitos ventilatórios;</li><li>- Aprendizagem do manuseamento e utilização de equipamentos e dispositivos de apoio a estes doentes;</li><li>- Avaliação em conjunto com o doente/família/cuidador da eficácia dos cuidados prestados face aos objetivos definidos e se necessário reajustar;</li><li>- Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação realizados;</li><li>- Dialogo com a equipa interdisciplinar acerca dos progressos do doente ao nível do seu processo de reabilitação.</li></ul> |  |  |
|---|--|--|

**3º OBJECTIVO ESPECÍFICO:** *Capacitar a pessoa e a sua família/ cuidador com AVC para o autocuidado e autonomia na realização de atividades de vida diária otimizando e maximizando as suas capacidades funcionais facilitando o regresso a casa.*

Atividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da história clínica do doente, o seu envolvimento social e familiar para adequado encaminhamento do processo de reabilitação;</li> <li>- 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;</li> <li>- Preparação do doente e família/cuidador para a alta, ensinar, instruir, treinar e promover a adoção de estratégias adaptativas ao nível das várias Atividades de vida diárias</li> <li>- Validação junto do doente e família/cuidador os ensinamentos realizados, identificando dúvidas e reforçando, se necessário, o ensino;</li> <li>- Identificação junto do doente e sua família/cuidador de possíveis barreiras arquitetónicas no seu contexto social e habitacional envolvente procurando eliminá-las;</li> <li>- 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;</li> </ul>	<p>Mestranda</p> <p>Doentes</p> <p>Enfermeiro cooperante</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*

<b>Atividades</b>	<b>Intervenientes</b>	<b>Cronologia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Realização de pesquisa bibliográfica (mobilização de conhecimentos adquiridos em ensino teórico, pesquisa eletrónica leitura e análise de artigos científicos e consulta de livros) ao nível da especificidade da enfermagem de reabilitação;</li><li>- Identificação de alterações físicas, psicológicas e sociais decorrentes da doença;</li><li>- Partilha e reflexão de experiências e saberes com o enfermeiro orientador e restante equipa interdisciplinar;</li><li>- Elaboração do relatório de contexto no final do estágio que reflita o processo e resultados de aprendizagem desenvolvidos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mestranda</li><li>- Enfermeiro cooperante</li><li>- Equipa interdisciplinar</li></ul>	Ao longo das 4 semanas

**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

Atividades	Intervenientes	Cronologia
<ul style="list-style-type: none"><li>- Colaboração com a equipa de saúde na tomada de decisão sobre os doentes com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li><li>- Estabelecimento de um relacionamento positivo, produtivo e de confiança com a equipa interdisciplinar</li><li>- Organização e gestão adequada dos cuidados de enfermagem de reabilitação face às necessidades e prioridade que cada doente apresenta;</li><li>- Monitorização da resposta do doente ao longo das intervenções, realizando adaptações necessárias aos cuidados prestados;</li><li>- 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 objetivos pré-definidos existentes;</li><li>- Identificação e avaliação dos riscos para a qualidade dos cuidados (risco de úlceras de pressão, risco de quedas, feridas por traumatismos...)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mestranda</li> <li>- Enfermeiro Orientador</li> <li>- Equipa interdisciplinar</li></ul>	Ao longo das 4 semanas de ensino clínico

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

A elaboração deste projeto permitiu-me organizar, delimitar e focalizar a minha atuação para, que ao longo do ensino clínico, caminhe em direção aos objetivos definidos. Consciente do meu crescimento e motivada para o aprofundar de novos conhecimentos, elaborei este projeto de estágio, que contribuiu para avaliar e desenvolver a minha capacidade de autoanálise e consciencializar-me das minhas potencialidades

Este projeto, apesar de estar estruturado ele não é estático, a sua flexibilidade depende do momento, a oportunidade e a disponibilidade para aprendizagem no contexto real do ensino clínico.

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



## BILBIOGRAFIA

- ✚ BARBIER, J. (1993) **Elaboração de Projetos de ação e Planificação**. Porto. Porto Editora. ISBN:972-0-34106-8.
  
- ✚ BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui. (2010) – **Reabilitação da pessoa com AVC**. Coimbra. Formasau . ISBN: 978-989-8269-09-6
  
- ✚ Conselho de Enfermagem da OE (2009) -**Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**  
**1º CURSO DE Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização**  
**EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**  
**1º ANO, 3º SEMESTRE**  
**UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II e RELATÓRIO**

## **PROJECTO DE ESTÁGIO**

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE**  
**HOSPITAL DE SANTA MARTA**  
**Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia**



**CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA/FAMÍLIA**  
**COM ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES**

**AUTORA:** Joana Morais nº 090430016

**ENFERMEIRO COOPERANTE :** Vitor Ferreira

**DOCENTE ORIENTADOR:** Prof José Lourenço

SANTARÉM  
MARÇO DE 2011



<b>INDICE</b>	<b>P</b>
<b>NOTA INTRODUTÓRIA</b>	<b>4</b>
<b>1 - PLANO DE ACTIVIDADES</b>	<b>8</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>17</b>

## **ABREVIATURAS**

**ACF** – Articulação Coxo-Femural

**ATT** – Articulação Tibio-Társica

**DM** – Diabetes Mellitus

**DR**- Diário da República

**EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio

**HTA**- Hipertensão Arterial

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RC**- Reabilitação Cardíaca

**RFR** – Reeducação Funcional Respiratória

**UCIC**- Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

## **SIGLAS**

**Nº** - número

**p.** – página

**Prof.** – professor

## NOTA INTRODUTÓRIA

O curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação apresenta como finalidade major promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem de reabilitação, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e reflexividade sobre a prática. É em direção a este propósito que tenho vindo a caminhar procurando desenvolver competências específicas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e do campo de intervenção definido para esta área de especialidade. Estas competências são demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros – Modelo de Desenvolvimento Profissional,2009).

Na sequência do plano de estudos delineado para o presente curso, surge um novo ensino clínico no qual, à semelhança dos anteriores, o mestrando desenvolve a sua aprendizagem integrado em equipas interdisciplinares com base num projeto individual e tutorado por um enfermeiro cooperante membro desta mesma equipa especialista em enfermagem de reabilitação e pelo respetivo professor responsável pelo campo de estágio em causa.

O ensino clínico, pretende ser um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, que permita aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção refletida. Pretende-se nomeadamente que, através desta componente de teor prático, demos sentido às nossas intervenções e sejamos capazes de aprender com as experiências dos cuidados.

No entanto o atual ensino clínico foge um pouco “à rotina” dos restantes até então realizados. Quero com isto dizer que ao contrário dos ensinamentos clínicos anteriores este é um contexto selecionado pelo mestrando quer ao nível “temático” quer ao nível institucional (local de realização). Assim o atual ensino clínico decorre no contexto da Unidade Curricular Estágio II e relatório na particularidade do estágio de opção, na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital de Santa Marta entre o período de 28 de Fevereiro e 26 de Março e será direcionado o foco de atenção ao nível da intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no âmbito da Reabilitação Cardíaca do doente/família com alterações cardiovasculares. O interesse pessoal revelado pelo contexto de reabilitação Cardíaca insere-se nos meus objetivos profissionais enquanto enfermeira a exercer funções na prestação direta de cuidados num serviço de Cardiologia com Unidade de Cuidados Intensivos perspetivando a aquisição de um conjunto de conhecimentos especializado e experiências possíveis de transportar para a minha realidade laboral com vista a melhorar a autonomia e qualidade de

vida do doente/família com disfunção Cardíaca. Ao mesmo tempo a preferência institucional deve-se ao conhecimento/interligação outrora realizado de carácter positivo, bem como á referência Nacional qualificada que o contexto apresenta.

Ao longo dos últimos anos o conceito de Reabilitação Cardíaca tem desenvolvido a sua dimensão enraizando os seus princípios na Sociedade clínica. De facto este é um percurso cuja necessidade é cada vez maior de ocorrer. Atualmente a doença cardiovascular, constitui a primeira causa de morte entre os europeus de ambos os sexos. Os hábitos de vidas pouco saudáveis aliado às dificuldades económicas e sociais têm contribuído para o evoluir desta situação. Paradoxalmente em virtude do aumento de longevidade e sobrevida destes doentes ela é também uma das principais causas de incapacidade e qualidade de vida. Em Portugal e de acordo com os últimos dados (2007) resultantes do Agrupamento em Grupos Diagnóstico Homogéneo o cenário é semelhante e a doença cardiovascular constitui também a principal causa de morte. A OMS calcula que reduzindo ainda que apenas, ligeiramente, a HTA, consumo de tabaco, dislipidémia e obesidade pode fazer cair a incidência da doença para menos de metade. A prevenção primária e secundária tornam-se fundamentais na luta contra as doenças cardiovasculares e suas complicações (GRUPO DE ESTUDOS DE FISIOPATOLOGIA DO ESFORÇO E REABILITAÇÃO CARDÍACA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA,2010).

Uma das doenças Cardiovasculares que mais afeta Homens e Mulheres em idade cada vez mais nova é o EAM. Em primeira instância a preocupação será a de evitar a ocorrência deste evento através da prevenção, deteção, correção e controlo de fatores de risco. Na evidência de não o conseguir evitar urge a concretização de um rápido e adequado tratamento e a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua recorrência. A Reabilitação Cardíaca surge integrada na prevenção secundária. WEGNER e HELLERSTEIN (1992 cit HOEMAN, 2000 p. 435) definem Reabilitação Cardíaca como “um processo contínuo de intervenção ativa, em utentes que têm doença cardíaca e seus familiares num esforço para reduzir os sintomas e alcançar a saúde ótima”. MILLER (1991 cit HOEMAN 2000, p.435) acrescenta ainda que “trata-se de um processo dinâmico multidimensional que envolve o restabelecimento, a consecução e a manutenção dos mais elevados níveis emocionais, psicológicos, físicos, sexuais, e ocupacionais da pessoa”. Um programa de RC é considerado de longo prazo e envolve avaliação médica, prescrição de exercício, modificação de fatores de risco cardíaco, educação e aconselhamento. Os principais objetivos da RC consiste em limitar os efeitos psicológicos e fisiológicos da doença, reduzir o risco de morte súbita ou reenfarte, controlar os sintomas cardíacos, estabilizar ou converter o processo aterosclerótico e aumentar o status psicossocial e vocacional de doentes selecionados (GRUPO DE ESTUDOS DE FISIOPATOLOGIA DO ESFORÇO E REABILITAÇÃO CARDÍACA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação a este nível centra-se na prevenção, deteção precoce, e controlo dos fatores de risco cardiovasculares bem como no desenvolvimento de atividades (do foro respiratório e motor/exercício) junto do doente e família que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorespiratório potenciando o rendimento e o desenvolvimento social (DECRETO –LEI nº35/20011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação).

Como forma de organizar e orientar o Ensino Clínico foi-me proposto a elaboração de um projeto de Estágio. Para BARBIER (1993:52) “Projeto não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma *ideia*, é o futuro a *fazer*, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato.”

Assim com este projeto pretendo atingir os seguintes objetivos:

- ✚ Definir competências do enfermeiro especialista de reabilitação face à pessoa/família com alterações Cardiovasculares com predomínio sob as alterações cardíacas;
- ✚ Definir atividades que permitam o desenvolvimento dessas competências;
- ✚ Servir de instrumento orientador e de análise para a elaboração do relatório final do estágio

Este projeto assenta nesta pequena nota introdutória seguido de uma breve contextualização do serviço de Ortopedia, posteriormente apresento o plano de atividades que rege todo o estágio e que está organizado segundo objetivos gerais (Curso), objetivos específicos para o contexto de ensino clínico a que eu me proponho atingir, atividades a desenvolver para o alcance destes objetivos, intervenientes nestas atividades e definição cronológicas destas últimas.



## **+ A PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DO FORO CARDIOVASCULAR – DOENÇA CARDÍACA**

### **OBJECTIVOS GERAIS:**

- + Desenvolver competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas interdisciplinares à pessoa/ família com alterações Cardiovasculares, ao nível do tratamento e diferentes níveis de prevenção visando a sua independência máxima;
- + Desenvolver competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos em enfermagem de reabilitação;





	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reeducação no esforço face às diversas atividades de vida diária;</li> <li>- Avaliação em conjunto com o doente/família/cuidador da eficácia dos cuidados prestados face aos objetivos definidos com reformulação do plano de intervenção sempre que necessário;</li> <li>✚ Acompanhamento de doentes em programa de Reabilitação Cardíaca fase II (Observação e colaboração com a equipa de cuidados: laboratório de cardiopneumologia);</li> <li>✚ Observação de consultas de <i>follow up</i> (fase II e III do programa de Reabilitação Cardíaca) após evento cardíaco por via telefónica;</li> <li>- Capacitação da pessoa e família na deteção precoce dos sinais e sintomas de alerta de eventual reincidência de disfunção Cardíaca.</li> <li>- Capacitação da pessoa e família na prevenção e controlo de fatores de risco e na adequação dos hábitos de vida diária (controlo de terapêutica, Tensão Arterial, DM, Colesterol, cuidados alimentares, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos atividades físicas (adaptação ao esforço));</li> <li>- Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados no processo clínico da pessoa;</li> <li>- Partilha da informação com os restantes elementos da equipa</li> </ul>	<p>Cardiologista Cardiopneumonol.</p> <p>Mestranda</p> <p>Enfermeiro Cooperante</p> <p>Equipa Interdisciplinar</p> <p>Utente</p> <p>Família/cuidador</p>	<p>3º semana de ensino clínico</p> <p>Ao longo de todo o ensino clínico</p>
--	--	--	---

	<p>interdisciplinar ao nível do processo de reabilitação desenvolvido pelo doente na UCIC e seus resultados;</p> <p>- Partilha da informação ao nível do processo de reabilitação desenvolvido pelo doente na UCIC e seus resultados aquando a sua transferência para os intermédios e/ou enfermaria;</p>		
--	---	--	--

**Objetivo Geral:** Desenvolver competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos em enfermagem de reabilitação

Objetivo específico	Atividades	Intervenientes	Cronologia
<p>- Gerir os cuidados específicos de enfermagem de Reabilitação, otimizando a prestação dos mesmos ao nível da tomada de decisão e em equipa interdisciplinar</p>	<p>- Preparação da pessoa/ família para a alta, adequando estratégias de educação para a saúde direcionadas para os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação (controlo de factores de risco, controlo e gestão da doença, reconhecimento antecipado de sinais e sintomas de reincidência ou agravamento da disfunção cardíaca, encaminhamento para programas de RC extra-hospitalar, os recursos existentes na família e comunidade envolvente (acessibilidades, barreiras arquitetónicas, necessidade de produtos de apoio, necessidade de cuidados de apoio);</p> <p>- Organização e gestão adequada dos cuidados de enfermagem de reabilitação face às necessidades e prioridade que cada doente apresenta;</p> <p>- Avaliação em conjunto com o doente/família/cuidador da eficácia dos cuidados prestados face aos objetivos definidos</p>	<p>Mestranda</p> <p>Enfermeiro cooperante</p> <p>Utente</p> <p>Família/Cuidador</p>	<p>Ao longo de todo o ensino clínico</p>

objetivo específico	Atividades	Intervenientes	Cronologia
<p>- Uniformizar cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com alterações cardiorrespiratórias através do desenvolvimento de aprendizagens pelo conhecimento científico</p>	<p>- Avaliação das necessidades de formação existentes ao nível da equipa de enfermagem direcionados para a especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> <p>- Avaliação das necessidades educativas do doente e família ao nível da patologia, tratamento e cuidados inerentes após a alta;</p> <p>- <b>Dialogo com a equipa</b> de enfermagem acerca das estratégias educativas mais favoráveis ao nível da enfermagem de reabilitação dirigidas ao doente e sua família/cuidador de acordo com a especificidade de cada situação;</p> <p>- Elaboração de um suporte escrito de apoio à prática profissional dos enfermeiros do serviço de acordo com as necessidades e objetivos pré- definidos existentes.</p>	<p>Enfermeiro cooperante</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Utente</p> <p>Família/Cuidador</p> <p>Mestranda</p>	<p>Na 1º e 2º semana</p> <p>Ultima semana de estágio</p>

objetivo específico	<i>Atividades</i>	Intervenientes	Cronologia
<p>- Desenvolver metodologia de investigação direcionada para o aprofundamento de conhecimentos acerca de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação ao doente/família com alteração Cardíaca.</p>	<p>- Pesquisa bibliográfica com evidência e sob orientação de uma metodologia científica acerca da temática em causa.</p> <p>- Participação numa Reunião conjunta de Reabilitação Cardíaca e Respiratória organizada pelo grupo de Estudos de Fisiopatologia de Esforço e Reabilitação Cardíaca, da Sociedade Portuguesa de Cardiologia e Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia</p>	<p>Mestranda</p> <p>Mestranda e elementos participantes na reunião</p>	<p>Ao longo de todo o ensino clínico</p> <p>25 e 26 de Março</p>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

A elaboração deste projeto permitiu-me organizar, delimitar e focalizar a minha atuação para, que ao longo do ensino clínico, caminhe em direção aos objetivos definidos.

Consciente do meu crescimento e motivada para o contínuo aprofundar de novos conhecimentos, elaborei este projeto de estágio, que contribuiu para avaliar e desenvolver a minha capacidade de auto-análise e consciencializar-me das minhas fraquezas e potencialidades.

Este projeto, apesar de estar estruturado ele não é estático, a sua flexibilidade depende do momento, a oportunidade e a disponibilidade para aprendizagem no contexto real do ensino clínico.

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 alterações Cardiovasculares, mais concretamente, alterações cardíacas em processo de Reabilitação Cardíaca contribuindo para a sua capacidade funcional e independência máxima após uma situação aguda com repercussões, que se esperam temporárias, passageiras e irrepetíveis.



## BILBIOGRAFIA

- ✚ BARBIER, J. (1993) **Elaboração de Projetos de Ação e Planificação**. Porto. Porto Editora. ISBN:972-0-34106-8.
  
- ✚ CONSELHO DE ENFERMAGEM DA OE (2009) **-Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
  
- ✚ REGULAMENTO nº 152/2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8658-8659
  
- ✚ HOEMAN, Shirley. (2000), **Enfermagem de Reabilitação - aplicação e processo**. (2ª edição) Camarate: Lusociência
  
- ✚ GRUPO DE ESTUDOS DE FISIOPATOLOGIA DO ESFORÇO E REABILITAÇÃO CARDÍACA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (2010). **Reabilitação Cardíaca: realidade nacional e recomendações clínicas**. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. ISBN: 978-989-96263-1-7



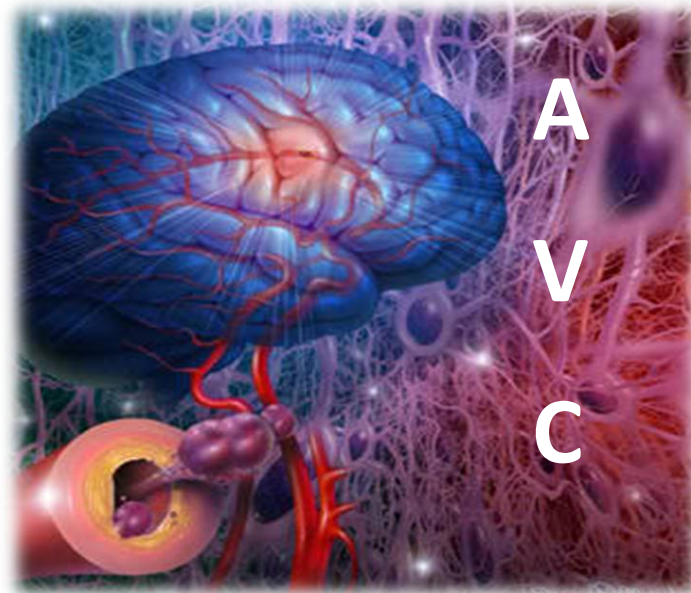
ANEXO X – Trabalhos Realizados Em Estágio



**CHON – CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE  
SERVIÇO DE MEDICINA II  
HOSPITAL DAS CALDAS DA RAINHA**

**A REABILITAÇÃO PRECOCE DO DOENTE**

**APÓS AVC**



**AUTORA**

**Joana Morais**

(Aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
Escola Superior de Saúde de Santarém

**CALDAS DA RAINHA  
NOVEMBRO DE 2010**



## CONTEÚDO TEÓRICO

### DEFINIÇÃO DE AVC

O AVC ocorre quando “parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea. Esta lesão provoca o aparecimento súbito de sintomas e sinais focais e neurológicos que perduram para além das 24h, a não ser que a morte ocorra” (MARTINS, 2006 cit in BRANCO 2010).

A alteração pode ser reversível ou irreversível tendo em conta o tempo de interrupção do aporte circulatório

O AVC pode ser causado por 2 mecanismos diferentes:

- oclusão de um vaso provocando isquémia e enfarte do território dependente desse vaso
- rotura vascular originando hemorragia intracraniana

### TIPOS DE AVC (tipologia etiológica ou territorial):

#### Etiológica:

Acidente vascular isquémico : embólico, trombótico e lacunar

Acidente Vascular Hemorrágico: intracerebral, parênquimatoso e subaracnóide

Acidente Isquémico Transitório

#### Territorial:

### SISTEMA ANTERIOR OU CAROTÍDEO

A **artéria carótida interna** (com origem nas carótidas primitivas) divide-se em **artéria cerebral anterior** e **artéria cerebral média**

- Síndrome da artéria cerebral anterior ( Face interna cérebro)
- Síndrome da artéria cerebral média (Lobos frontal, parietal e temporal)

### SISTEMA POSTERIOR OU VERTEBRAL

As **artérias vertebrais** (com origem nas sub-clávias, unem-se ao nível da ponte, formando a **artéria basilar**, que dão origem à **artéria cerebral posterior** -

Lobo occipital, porções posteriores parietal e temporal

- Síndrome da artéria cerebral posterior
- Síndrome da artéria basilar
- Síndrome da artéria Vertebral

## ALTERAÇÕES DECORRENTES DA LESÃO

### Alterações motoras:

- *Hemiplegia:*

- **Fase Inicial** (primeiras semanas)– **Hemicorpo Lesado Flácido** –

\*Tónus Baixo (o doente é incapaz de manter o membro numa determinada posição e não se verifica resistência aos movimentos passivos - ausência de consciencialização e perdas dos padrões dos movimentos do hemicorpo lesado, bem como a adoção de padrões inadequados pelo hemicorpo são, utilizados como compensação)

\***Tónus** – é a consequência do equilíbrio entre a força muscular e a força da gravidade, concedendo a capacidade de ajuste automático durante o movimento, causando a fixação postural necessária para se manter uma determinada postura contra a gravidade, permitindo simultaneamente movimentos voluntários seletivos sem esforço consciente ou excessivos

- **Com o passar do tempo:** o retorno da função muscular é acompanhado pelo desenvolvimento de um padrão espástico.

A distribuição da espasticidade é variável, Instala-se inicialmente nos segmentos distais, evoluindo, posteriormente, para os segmentos proximais

## PADRÃO ESPÁSTICO

- \* **Inclinação lateral da cabeça para o lado lesado e rotação para o lado são;**
- \* **Retração do ombro com depressão e rotação interna da escapulo-umeral;**
- \* **Flexão do cotovelo com pronação do antebraço;**
- \* **Flexão do punho e dedos com adução destes;**
- \* **Flexão lateral do tronco para o lado lesado;**
- \* **Rotação externa e extensão da coxo-femural;**
- \* **Extensão do joelho;**
- \* **Flexão plantar da tíbio-társica e inversão do pé.**

### ✚ **Alteração da função sensorial:**

- Défices sensoriais superficiais (táctil, térmica e dolorosa -
- Défices sensoriais proprioceptivos (sensibilidade profunda – postural e vibratória)
- Défices sensoriais visuais (diminuição da acuidade visual, hemianopsia, diplopia e agnosia)

### ✚ **Alterações da função perceptiva:**

**Apraxia** (uma das mais frequentes) - *incapacidade para programar uma sequência de movimentos)*

- Ideomotora (Gestos)
- Ideativa (Tarefa)
- Vestir (Tarefas funcionais do acto de vestir)
- Construtiva (Incapacidade para construir modelos a 2 e 3 dimensões)
- Estrutural (Ilusão da redução de tempo)

## **Afasia**

- De Broca (Incapacidade de traduzir o pensamento em palavras)
- De Wernick (Caracteriza-se por um discurso fluente – com muitas afasias – as capacidades de nomeação e de repetição encontram-se perturbadas)
- Global (discurso não fluente, reduzida a um único vocábulo – impossível a identificação de objetos)
- Anómica (Discurso fluente, dificuldade de evocar nomes - substantivos próprios, a compreensão auditiva, está conservada, bem como, a capacidade de repetição de palavras e frases)
- Condução (Discurso espontâneo em geral fluente, podendo existir algumas hesitações, mas sem alterações na estrutura sintática)
- Surdez Verbal (Situação rara, o doente é incapaz de compreender auditivamente a linguagem – capacidade de leitura e escrita mantidas)

**Grafia** (Incapacidade de expressar o pensamento através da escrita)

**Alexia** (Incapacidade para compreender a escrita)

**Amúsia** (Incapacidade para compreender a música)

**Acalculia** (Incapacidade para cálculos matemáticos)

**Disartria** (Incapacidade em articular palavras)

**Disfonia** (Alteração ou enfraquecimento da voz)

## Alterações do comportamento:

*Labilidade emocional*

*Distrabilidade*

*Irritabilidade*

*Impulsividade*

*Sonolência*

## Problemas Sexuais

### ✚ Alterações na alimentação:

**Disfagia** - A dificuldade em controlar esta atividade está de certa forma relacionada com a incapacidade de beber, comer, mastigar, engolir e com a consistência dos alimentos

Os exercícios de reabilitação assumem um papel importante na recuperação da Pessoa com paralisia facial, objetivando recuperar o tónus muscular facial, evitar deformidades e manter a flexibilidade e elasticidade muscular desenvolvendo para tal exercícios passivos e/ou ativos dos músculos da face, exercícios labiais e linguais e exercícios de expressão facial

### ✚ Alteração da eliminação

#### **Vesical:**

- *Retenção urinária (numa fase inicial por abolição do tonus vesical)*
- *Incontinência de Urgência*

#### **Intestinal:**

- *Obstipação (diminuição d atividade reflexa do intestino e dos movimentos associados a uma diminuição da mobilidade em geral)*

## REABILITAR – quando?

A reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento imediato pós AVC (BRANCO 2010). Deve iniciar-se 48 a 72 horas após a lesão e englobar:

- Prevenção de complicações respiratórias – reeducação funcional respiratória
- Prevenção de complicações motoras – posicionamentos e mobilizações dos segmentos articulares em padrão anti-espástico
- Estimulação cognitiva

## REABILITAR – Para quê?

## A Reabilitação é...

**“Um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo ser a uma nova vida (...)”(STRYKER cit HOEMAN 2000, p.3).**

## No AVC...

- Muitos neurónios atingidos, estão apenas lesados e não destruídos
- Existe um grande potencial de recuperação após ocorrência de um AVC

Restabelecimento da independência da pessoa ou recuperação do seu nível de função pré-lesão ou pré-incapacidade. A qualidade de vida destas pessoas pressupõe um alto nível de adaptação à deficiência com redução de incapacidades e abolição de desvantagens no menor tempo possível.

Após estabilização clínica as primeiras e principais atividades iniciadas ao nível da reabilitação preconizam a (re) aprendizagem do controlo postural e padrões de movimento básico através:

- Restabelecimento do controlo postural (reações de retificação, de equilíbrio e de proteção);
- Normalização dos impulsos tácteis, propriocetivos e cinestésico;
- Inibição da espasticidade de modo a facilitar o movimento nos padrões normais e dentro de uma habilidade funcional;
- Evitar o aparecimento de contracturas e conseqüentemente deformidades e dor através do correto alinhamento corporal;
- Inibir padrões de movimento indesejado.

## **REABILITAÇÃO: Abordagem à pessoa com AVC – alguns princípios**

- Chamar sempre a Pessoa pelo nome pelo qual prefere ser tratada
- Posicionar-se do lado hemiplégico
- Falar sempre com a pessoa mesmo que esta não fale
- Explicar lentamente o que vai fazer
- Se possível, solicitar a colaboração da Pessoa
- Colocar tensão no toque no lado afetado (estimulação propriocetiva)

- Organização da unidade da Pessoa
  - Posicionar a cama de forma ao lado afetado ficar do lado do quarto com maior movimento
  - Mesa-de-cabeceira/pertences do lado afetado (estimulação propriocetiva, promoção do autocuidado)

## POSICIONAMENTOS

- Logo após um AVC, o hemicorpo afetado apresenta **hipotonia**, isto é, o tônus é muito baixo para iniciar qualquer movimento, não apresenta resistência ao movimento passivo e o utente não consegue manter o membro em nenhuma posição, principalmente durante as primeiras semanas. Ocasionalmente a flacidez dura apenas algumas horas ou dias, mas raramente persiste indefinidamente. Estas alterações levam ao desaparecimento da consciencialização e dos padrões de movimento do hemicorpo afetado, bem como a padrões inadequados do lado não afetado. Desta forma, o utente não consegue sentar-se sem apoio, manter-se de pé (Sullivan, 1993)
 

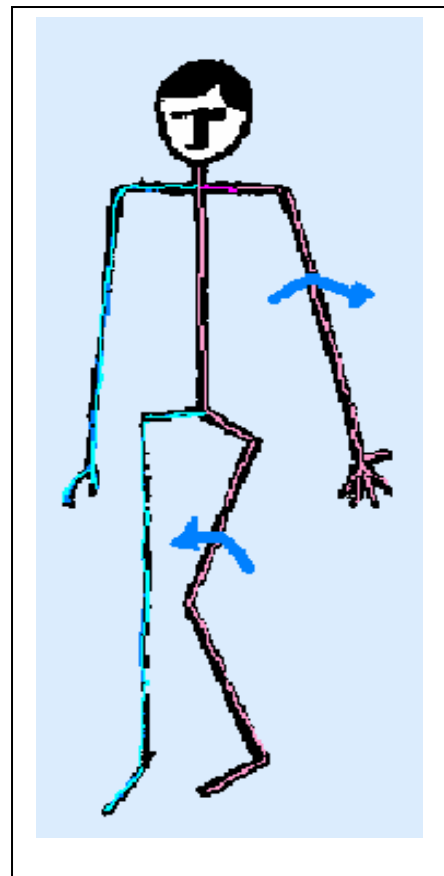
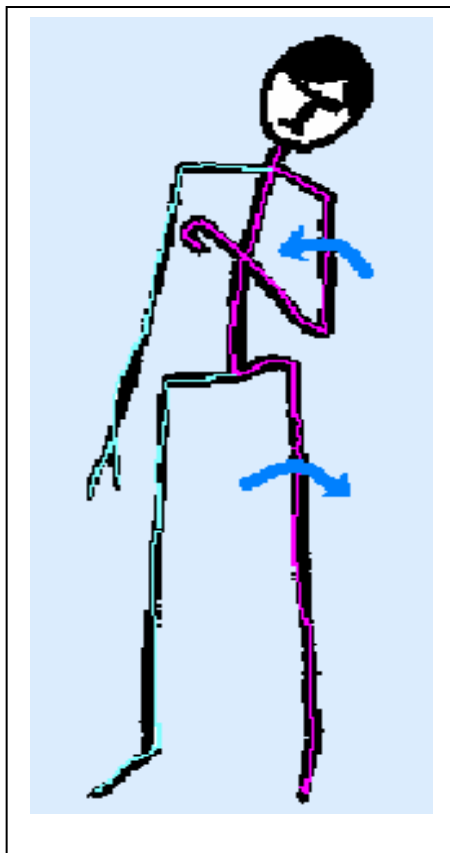
...
- É frequente nestes casos, com o passar do tempo, a substituição de um quadro de hipotonia, por um quadro **hipertonía** em que há um aumento da resistência ao movimento passivo (característico dos padrões espásticos) (Sullivan, 1993). Ou seja há um aumento significativo do tônus com predomínio ao nível dos músculos antigravíticos (flexores e adutores do membro superior e extensores do membro inferior (**Hipertonía: espasticidade** - “tipo de movimento muscular, com as seguintes características específicas: contração descontrolada dos músculos esqueléticos, aumento do tono muscular, rigidez muscular e movimentos descoordenados” (CIPE, 2003)
- A espasticidade tende a aumentar gradualmente nos primeiros 18 meses com os esforços e atividades desenvolvidas pelo indivíduo (fase espástica), podendo provocar posturas anormais e movimentos estereotipados (SULLIVAN, 1993).
- Espasticidade conduz ao desenvolvimento de contracturas musculares e de padrões estereotipados de movimento responsáveis pela deterioração do controle motor.
- *“Enquanto houver falta de controle cortical, a espasticidade desenvolver-se-á. Porém existe uma saída. A resposta está no posicionamento. O posicionamento consiste em usar o padrão anti-espástico o tempo todo” (JONHSTONE, 1979)*

- **Objetivo:** Minimizar ou, se possível, contrariar o aparecimento do padrão espástico através da adoção de medidas inibitórias da espasticidade (**padrão anti-espástico**)
- De uma forma geral consiste em colocar, ou ajudar o doente a adotar uma posição no leito que tenha em conta os seguintes **princípios**:
  - o doente se sinta confortável;
  - seja mantido o alinhamento corporal;
  - sejam salvaguardadas de pressão as massas musculares;
  - se mantenham sem tensão as estruturas articulares;
  - seja mantido por um período de tempo bem tolerado pelo doente em termos de integridade cutânea e bem estar

Assim com os posicionamentos pretende-se:

- ***Proporcionar conforto e bem estar;***
- ***Prevenir alterações músculo-esqueléticas;***
- ***Prevenir complicações respiratórias;***
- ***Manter integridade do tecido cutâneo e tecidos subjacentes;***
- ***Alternar o campo visual;***
- ***Integrar o esquema corporal***

PADRÃO ESPÁSTICO	PADRÃO ANTI-ESPÁSTICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Inclinação lateral da cabeça para o lado lesado e rotação para o lado são;</li> <li>* Retracção do ombro com depressão e rotação interna da escapulo-umeral;</li> <li>* Flexão do cotovelo com pronação do antebraço;</li> <li>* Flexão do punho e dedos com adução destes;</li> <li>* Flexão lateral do tronco para o lado lesado;</li> <li>* Rotação externa e extensão da coxo-femural;</li> <li>* Extensão do joelho; Flexão plantar da tíbio-társica e inversão do pé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alinhamento da cabeça com o corpo;</li> <li>• Alongamento do tronco do lado afectado;</li> <li>• Protração do ombro com rotação externa;</li> <li>• Extensão do cotovelo em supinação;</li> <li>• Extensão do punho e dedos em abdução;</li> <li>• Protração do quadril;</li> <li>• Rotação interna e flexão do membro inferior;</li> <li>• Flexão do tornozelo com eversão e dorsiflexão do pé.</li> </ul>



## ✚ DEITADO NO LEITO

- **Decúbito Dorsal** – é o que mais favorece o desenvolvimento da espasticidade pelo que deve ser utilizado com mais restrição



**CABEÇA:** Uma almofada que alcança as omoplatas ( para fazer protecção) e inclinada para o lado não afetado

**M.SUP. LESADO:** Nivelar os ombros. Uma almofada que acompanhe todo o membro em posição anatómica. Membro em abdução, rotação externa e supinação. Dedos em extensão e abdução

**M.INF. LESADO:** Almofada /rolo desde a crista ilíaca até à região popliteia de modo a assegurar uma báscula posterior da bacia e ligeira flexão da coxo-femural e joelho

**NOTA:** *suportes de pés não devem ser utilizados pois estimulam o espasmo em extensão*

- **Decúbito lateral para o lado são** – é o que melhor inibe a espasticidade ao mesmo tempo que permite a integração do esquema corporal




**CABEÇA:** Almofada mais baixa ou ausente do lado são, para não favorecer a inclinação lateral do lado lesado.

**M.SUP. LESADO:** Apoiado sobre a almofada ao nível do ombro com um flexão de 90°. Cotovelo, punho e dedos em extensão. Face anterior da mão apoiada na almofada com abdução dos dedos.

**M.INF. LESADO:** Apoiado nas almofadas à frente do membro são com ligeira flexão da coxofemoral e do joelho. Pé em posição neutra.

- **Decúbito lateral para o lado afetado** – inibe a espasticidade e permite a estimulação propriocetiva através da carga.

**ATENÇÃO**  : é preciso algum cuidado porque este é o decúbito que mais propicia a ocorrência do “ombro doloroso”



**CABEÇA:** Almofada mais alta do lado lesado para contrariar a inclinação lateral.

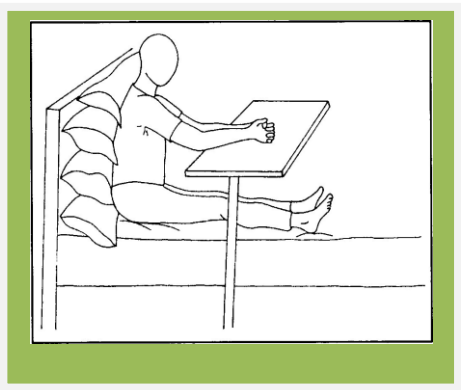
**M.SUP. LESADO:** Almofada que acompanha todo o membro em posição anatómica. Membro em extensão e abdução, rotação externa e supinação. Dedos em extensão e abdução.

**M.INF. LESADO:** Apoiado com ligeira flexão da coxofemural e do joelho atrás do membro inferior sã. Pé em posição neutra.

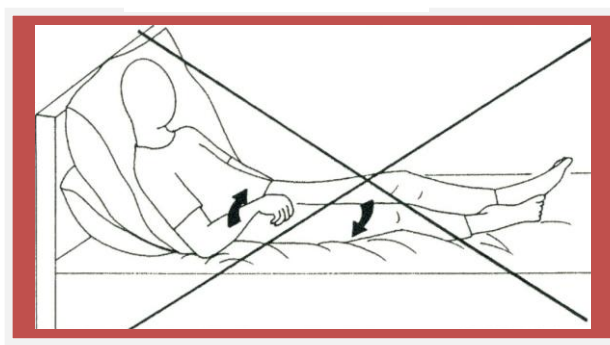
#### ✚ SENTADO NA CAMA/CADEIRA/CADEIRÃO

- Obedece sempre aos mesmos princípios de contrariar o padrão espástico
- Se a postura do doente está visivelmente incorreta as tentativas de, por exemplo, alimentá-lo, efetuar higiene oral, estimulação da sua capacidade de fala bem como outras atividades terapêuticas terminarão em fracasso e ao mesmo tempo será quase inevitável um aumento da espasticidade e desenvolvimento de contracturas nos braços e nas pernas

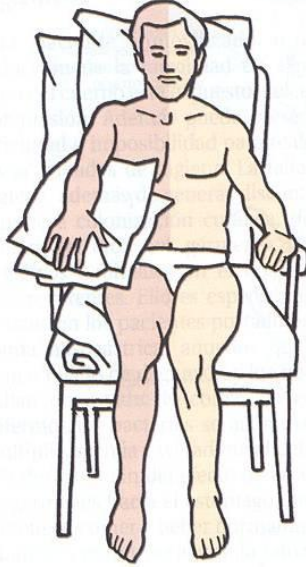
**CORRECTO**



**INCORRECTO**



Correcto

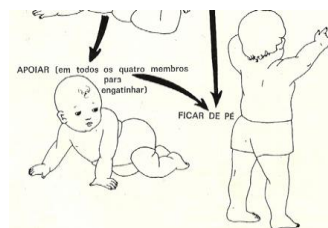
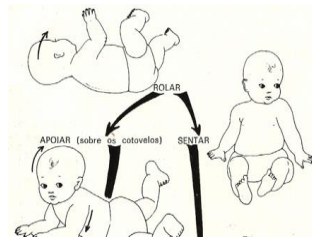


Incorrecto



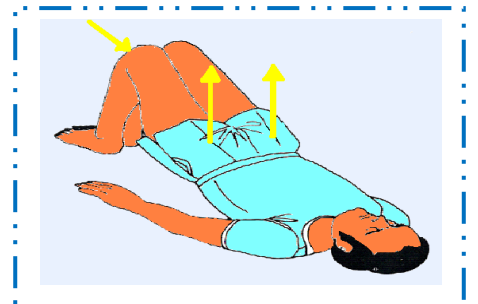
#### ACTIVIDADES TERAPÊUTICAS

- Sequência de exercícios progressivos seguindo as etapas de neuro-desenvolvimento da criança com o objetivo de **reeducar o movimento**



- **PONTE**

- Permanecer em decúbito dorsal, com ambos os joelhos fletidos, e membros inferiores em adução e elevar a bacia, equilibrando-se nesta posição.
- O enfermeiro deve fixar o pé e joelho do lado afetado

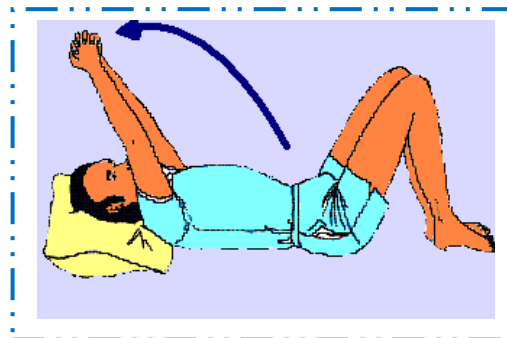


## Objetivo:

- Facilitar o autocuidado;
- Evitar o aparecimento de úlceras de pressão
- Inibir o padrão espástico do membro inferior e bacia;
- Realizar carga sensitiva no membro inferior afetado;
- Fortalecer a musculatura para assumir a posição de pé e mais tarde para iniciar uma marcha estável e rítmica;
- Ativar a musculatura do tronco do lado afetado;
- Promover a autonomia.

- **AUTO-MOBILIZAÇÕES**

- Doente em decúbito dorsal em padrão anti-espástico com os membros superiores em extensão e as mãos entrelaçadas.
- Erguer simultaneamente os dois braços
- O enfermeiro pode apoiar o doente na elevação a um ângulo máximo de 120º, de acordo com a tolerância do mesmo.



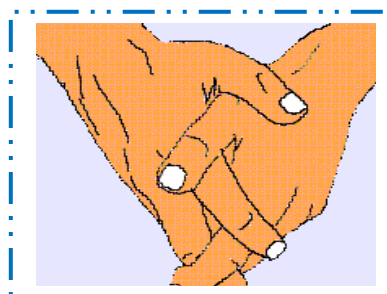
## Objetivo:

- Integrar a mão afetada e todo o membro superior no esquema corporal; - Ajudar a dar a sensação de espaço;
- Contrariar o padrão espástico do membro superior;
- Dar satisfação à pessoa;
- Promover a autonomia.

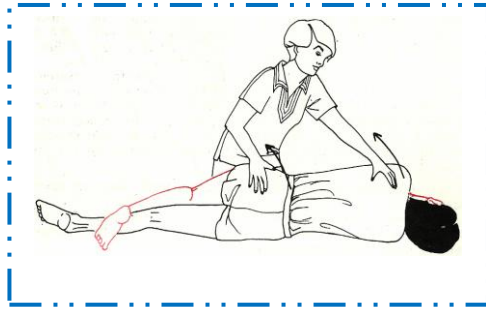
- **POSIÇÃO DAS MÃOS COM OS DEDOS ENTRELAÇADOS**

## Objetivos:

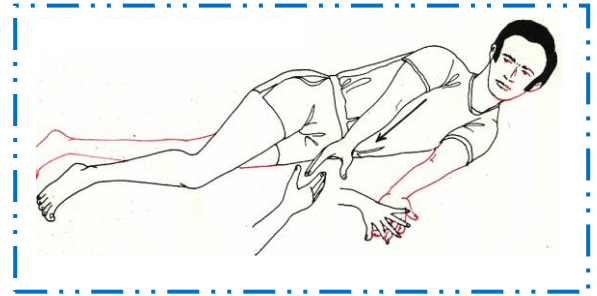
- Ajuda a tomar consciência da mão afetada como parte integrante do seu corpo;
- Proporciona a extensão e abdução dos dedos;
- Tem um papel importante na extensão e supinação do cotovelo e na rotação externa do ombro.



- **ROLAR (LADO SÃO E LADO AFECTADO)**



**Lado sã**



**Lado afectado**

- Doente em decúbito dorsal o mais junto possível para o lado contrário aquele que vai virar com o corpo alinhado
- Membros superiores em extensão, mãos entrelaçadas e membro inferior afetado em ligeira flexão da coxofemoral e joelho
- Enfermeiro apoia com uma mão o joelho afetado do doente contrariando a rotação externa da coxofemoral e com a outra mão o ombro do doente auxiliando o movimento

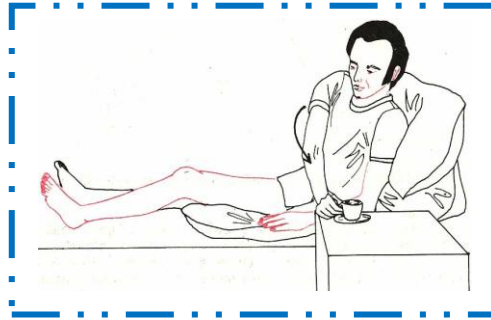
- Em tudo semelhante ao movimento anterior à exceção dos membros inferiores que passam a ser os dois em flexão e o apoio dado pelo enfermeiro a este nível também engloba os dois membros em vez de um

**Objetivos:**

- Iniciar o autocuidado
- Controlar e inibir a espasticidade extensora
- Favorecer o alinhamento corporal
- Facilitar o equilíbrio em decúbito lateral
- Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado
- Reeducação do reflexo postural do lado afetado
- Estimular a sensibilidade postural

✚ **FACILITAÇÃO CRUZADA** – é um trabalho do lado sã do corpo através da linha média , para iniciar a atividade bilateral

- Doente em fowler alto com almofada para apoio da cabeça e região cervical até às omoplatas, almofada para elevação da anca e correção da rotação externa da coxofemoral e discreta flexão do joelho afetado;



- A abordagem e colocação dos objetos pessoais do doente devem ser feitas pelo lado hemiplégico

### **Objetivos:**

- *Reeducar o reflexo postural do lado afetado*
- *Facilitar o autocuidado*
- *Iniciar as atividades bilaterais*
- *Ajudar a integrar o esquema corporal*
- *Estimular a sensibilidade postural*
- *Preparar para o levante*

### ✚ **CARGA NO COTOVELO**

- Doente em decúbito dorsal MS em extensão ao longo do corpo com ligeira abdução de 45º e MI em extensão com ligeira flexão da coxofemoral e joelho;
- O enfermeiro fixa com a sua mão o antebraço do lado afetado do doente com firmeza e com a outra mão auxilia o mesmo a elevar-se apoiado sobre o cotovelo do lado afetado;
- O cotovelo do doente deve ficar diretamente abaixo do ombro de forma a evitar a retracção do ombro



### **Objetivos:**

- Aumentar o campo de visão
- Estimular a sensibilidade proprioceptiva
- Preparar para a posição de sentado
- Reeducação do equilíbrio
- Reintegrar o esquema corporal
- Estimular os reflexos cervicais
- Controlar o movimento da cabeça
- Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado

### **✚ TREINO DE EQUILÍBRIO (Estático)**

- O enfermeiro auxilia o doente a ficar na posição de sentado com os membros inferiores pendentes num ângulo de 90º, com os pés descalços ou apoiados no chão num suporte de apoio e membros superiores e extensão com discreta abdução e paralela ao tronco com as mãos apoiadas sobre a cama;
- O enfermeiro fica de frente para o doente e suporta os ombros do mesmo;
- Suavemente deve libertar a pressão sobre os ombros do doente para que este permaneça numa posição ereta



### **Objetivos:**

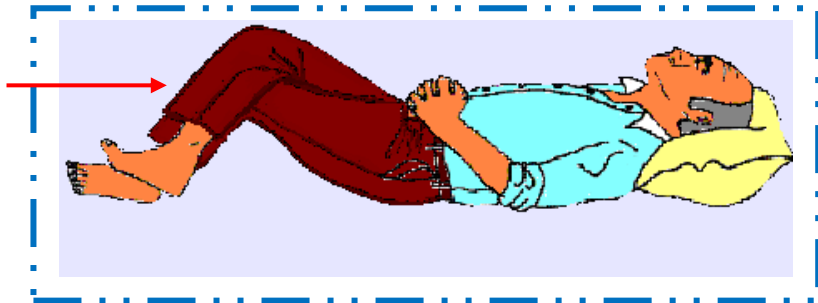
- Reeducação do equilíbrio
- Reeducação do mecanismo de reflexo postural
- Estimular a sensibilidade proprioceptiva
- Estimular os reflexos cervicais
- Preparar para a marcha
- Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado
- Promover a autonomia da Pessoa
- Promover a satisfação

✚ **POSIÇÃO DE DESCANSO** – Quando a posição de dorsal não pode ser evitada

Evita:

- A rotação externa da anca;
- Diminui o espasmo extensor do membro afetado.

Lado afetado



✚ **TRANSFERÊNCIAS**

**Definição:** mudança do paciente de uma superfície para a outra, (...) por meio de um padrão de movimentos, que são seguros e eficientes (Queirós, 2006).

**Objetivos:**

- Treinar o equilíbrio
- Preparar o treino da marcha
- Incentivar ao auto- cuidado
- Prevenir as complicações da imobilidade

- **Levante**

- AVC isquêmico : ao fim de 24 a 48 horas

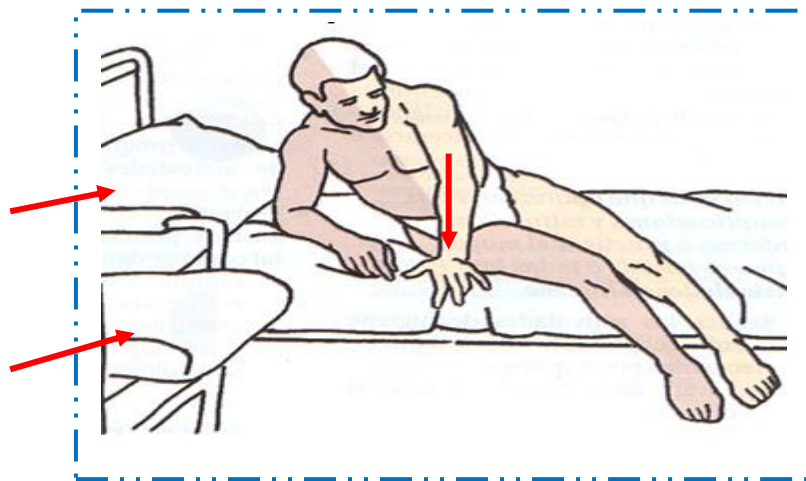
- AVC hemorrágico: de acordo com indicação médica e/ou após 2º TAC para reavaliação

- **Transferência Do Doente Hemiplégico Cama-Cadeira**

- ✓ Qualquer que seja a técnica de transferência utilizada o doente deve usar sapatos fechados e de preferência com sola anti-derrapante. Caso tal não seja possível é preferível realizar a transferência com o doente descalço ao uso de chinelos (permite maior estimulação propriocetiva)

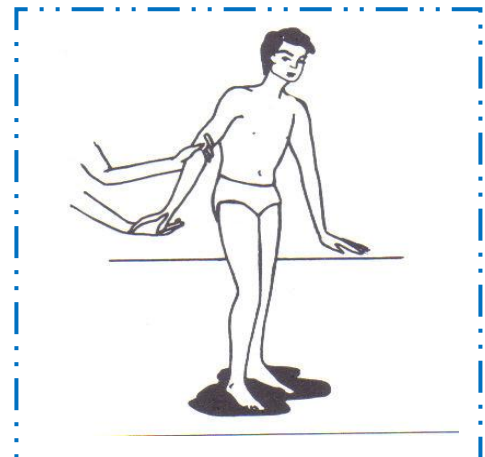
- ✓ **Saída Para O Lado Lesado, Sem Ajuda**

- A cadeira é colocada travada com os pedais lateralizados, lado a lado com a cabeceira da cama no lado plégico do doente.
- Este senta-se na beira da cama, desliza até firmar os pés no chão.
- Coloca a mão sã no leito e apoia-se com o braço em extensão, faz uma rotação de 90° sobre o pé sã e senta-se na cadeira



- ✓ **Saída Para O Lado Lesado, Com Ajuda Parcial**

- Esta técnica é em tudo igual à anterior, mas o enf<sup>o</sup> quando o doente sai da cama, coloca-se do lado hemiplégico, segurando o doente pela mão lesada (evitado a zona palmar) e colocando a sua outra mão ao nível do cotovelo de forma a garantir a extensão do membro superior



## ✓ Saída Para O Lado Lesado, Com Ajuda Total

- A cadeira de rodas e a cama dispõem-se da mesma forma que nas duas técnicas anteriores

- O doente é sentado na cama com os membros inferiores pendentes, o enfº trava com os seus joelhos os do doente

- Suporta o tronco do doente com o braço e apoia o braço afetado com a outra mão encaixada no cotovelo do doente;

- O doente inclina-se para diante, coloca o braço são por cima do ombro do enfº e rodam simultaneamente de forma a sentá-lo na cadeira.



## ✚ TREINO DE MARCHA

- O treino de marcha deve ser antecedido de exercícios terapêuticos específicos, iniciados ainda no leito e continuados após o levante: contrações isométricas, mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas, rolar na cama para o lado são e para o lado afetado, a ponte, treino de equilíbrio sentado na cama e em pé.
- Ambiente: isento de barreiras arquitetónicas, tapetes e obstáculos, o chão não deve estar molhado e o doente deve ser incentivado a usar sapato em vez de chinelos e se possível com sola antiderrapante, assegurar adequada iluminação nas áreas de movimentação, Orientar o doente no espaço do quarto

- Sequência Do Treino De Marcha

- O enfermeiro posiciona-se lateralmente ao doente do seu lado afetado

- Segura a mão lesada com a sua do mesmo lado (pressão axial)

- O braço do Enf<sup>o</sup> mantém o braço do doente em rotação externa. O peso do ombro é transferido do ombro para a base da mão

- A pega em aperto de mão assegura a posição do polegar para cima, mantendo o ombro em rotação externa

- O punho está em extensão e os dedos da mão em abdução

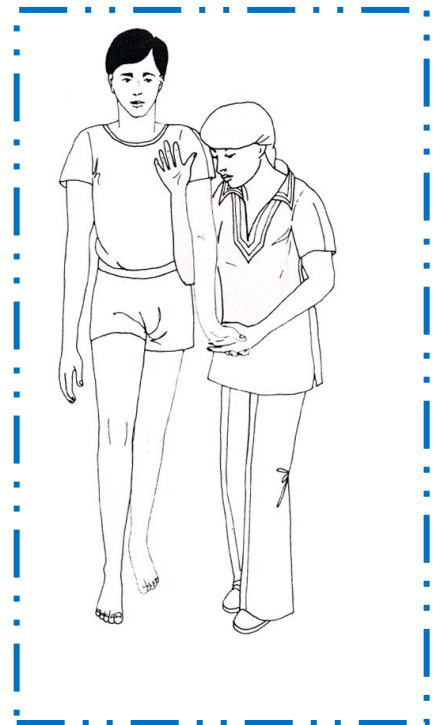
**Ou**

- A outra mão do enfermeiro cruza as costas do doente apoiando a bacia

- Cotovelo, punho e dedos do MS afetado devem estar em extensão e supinação

- Avançam lentamente em passos iguais, primeiro o membro afetado e depois o não afetado

- Se for necessário o enfermeiro apara o joelho do doente



- **Marcha com Auxiliares**

**Os auxiliares mais indicados nestes doentes são: a bengala, a canadiana ou o tripé pois permitem:**

- Aumentar a base de sustentação
- Diminuir a carga sobre o membro afetado
- Estruturar o equilíbrio
- Auxiliar a aceleração ou desaceleração durante a marcha

- ✓ **Sequência**

- O doente, segura o auxiliar de marcha com a mão do lado sã
- Coloca-se em pé, sobre ambos os MI
- Avança o auxiliar de marcha +-10 a 15cm
- Avança a perna do lado afetado até este
- Avança a outra perna ligeiramente para a frente do auxiliar de marcha

- ✚ **ALGUMAS ATENÇÕES....**

- ✓ **Não efetuar qualquer atividade terapêutica (ex: punção venosa, avaliação de TA...) ao nível do hemicorpo afetado**
- ✓ **Adoção de medidas preventivas pessoais do risco de lesão : posturas de trabalho ergonómica**

O SUCESSO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO EM PESSOAS VÍTIMAS DE AVC DEPENDE DE UM CRESCIMENTO LENTO, REPETITIVO E PERSISTENTE. MAIS DO QUE UMA SÉRIE DE EXERCÍCIO ISOLADOS , REALIZADOS NUMA ORDEM ESTABELECIDADA, DEVERÃO SER UMA SEQUÊNCIA DE ACTIVIDADES DE PREPARAÇÃO PARA UM FUNÇÃO REAL E ENCARADAS COMO UM TRATAMENTO OU UM MODO DE VIDA DURANTE AS 24 HORAS DO DIA.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ✓ BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui. (2010) – **Reabilitação da pessoa com AVC**. Coimbra. Formasau . ISBN: 978-989-8269-09-6
  
- ✓ JOHNSTONE, Margaret (1987). **Princípios de Reabilitação do doente hemiplégico**. Texto de apoio nº1. Seminário de atualização, segundo o método de Margaret johnstone. Alcoitão,
  
- ✓ Enfermeiro, Associação Portuguesa- CIPE/ICNP- Classificação internacional para **a prática de enfermagem**. 3º Edição, Lisboa. 2005. ISBN: 972-98149-5-3.





UCI CARDIOLOGIA

REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

--

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DATA DE ALTA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CAMA \_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ CATETERISMO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PESSOAIS \_\_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO INICIAL		DATA		
<b>Fatores de Risco</b>	Tabagismo			
	Diabetes			
	Dislipidemia			
	Sedentarismo			
	Hipertensão Arterial			
	Obesidade			
	Stress, Depressão, Ansiedade			
<b>Avaliação Física</b>	Frequência Cardíaca (ppm)			
	Frequência Respiratória (cpm)			
	SpO <sub>2</sub> (%)			
	Tensão Arterial (mmHg)			
	Temperatura (°C)			
	Dor (0 a 10)			
	Respiração	Torácica, Abdominal, Mista, Paradoxal		
		Superficial, Normal, Profunda		
	Dispneia (escala de Borg – 6-20)			
	Pele e Mucosas (Coradas, Pálidas, Ictéricas, Hidratadas, Desidratadas)			
Índice de Barthel (Grau de dependência: Total, Grave, Moderado, Leve, Independente)				
<b>Padrão de Atividade e Exercício Físico</b>				
<b>Padrão Cognitivo-Perceptivo</b>	Escolaridade			
	Memória (escala de memória)			
<b>Auscultação</b>	Murmúrio Vesicular: (Mantido, Diminuído, Ausente)	1/3 Sup.		
		1/3 Méd.		
		1/3 Inf.		
	Ruídos Adventícios: (Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos)	1/3 Sup.		
		1/3 Méd.		
		1/3 Inf.		
<b>Radiografia de Tórax</b>	<input type="checkbox"/> Hipotransparência <input type="checkbox"/> Hipertransparência			
<b>CONHECIMENTO DO DOENTE AO NÍVEL DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO</b>				
(Desconhece (D) / Revela Conhecimento (RC) / 1º Ensino (E) / Reforçado Ensino (RE))				
<b>DATA</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Causa de Cirurgia				
Procedimento Cirúrgico				
Preparação Física				
Circuito Pós-Cirúrgico				
Remoção de Drenos, entubações e cateteres				

<b>ENSINOS PRÉ-OPERATÓRIO</b>										
(Desconhece (D) / Revela Conhecimento (RC) / 1º Ensino (E) / Reforçado Ensino (RE))										
<b>DATA</b>		_/_/			_/_/			_/_/		
Alternância de Posicionamento no leito com contenção de ferida operatória										
Levante com contenção de ferida operatória										
Tosse com contenção de ferida operatória										
Huff com contenção de ferida operatória										
<b>EXERCÍCIOS E TREINO</b>										
		_/_/			_/_/			_/_/		
TA	(Início/Pico/Fim)									
FC	(Início/Pico/Fim)									
SpO <sub>2</sub>	(Início/Pico/Fim)									
Traçado Cardíaco (Início/Pico/Fim)										
Posição de Relaxamento										
Dissociação tempos Respiratórios										
Reeducação Abdomino-Diafragmática	Posterior									
	Hemicúpula Esq <sup>a</sup>									
	Hemicúpula Dt <sup>a</sup>									
Reeducação Costal	Global									
	Seletiva Esq <sup>a</sup>									
	Seletiva Dt <sup>a</sup>									
Exercícios Isométricos	Abdominais									
	Quadrícipites									
	Glúteos									
Exercícios Isotônicos	Extensão lombo-pélvica									
	Oscilação lombo-pélvica									
Passivo – P; Ativo Assistido – AA; Livre – L; Ativo Resistido - AR										
Exercícios de Mobilização Articular	Flexão/Extensão da AEU									
	Adução/Abdução da AEU									
	Flexão/Extensão da ACF									
	Adução/Abdução da ACF									
	Flexão/Extensão do joelho									
	Dorsiflexão/Flexão plantar da ATT									
<b>Enfermeiro</b>										
<b>Data</b>	<b>Observações</b>									