



Instituto Politécnico de Santarém
2011

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação da função de eliminação intestinal da pessoa/família com afecção neurológica e cardiovascular

Cátia Alexandre

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação da função de eliminação intestinal da pessoa/família com afecção neurológica e cardiovascular

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

Cátia Alexandre

Orientador: Mestre Joaquim Simões

Co-orientador: Professora Doutora Maria João Esparteiro

2012

Janeiro

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação da função de eliminação intestinal da pessoa/família com afecção neurológica e cardiovascular

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

Cátia Alexandre

Orientador: Mestre Joaquim Simões

**Co-orientador: Professora Doutora Maria João
Esparteiro**

2012

Janeiro

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus orientadores, Mestre Joaquim Simões e Professora Doutora Maria João Esparteiro, pela contribuição que tiveram na orientação da elaboração deste relatório.

De um modo especial, quero agradecer aos meus pais, à minha irmã, ao Júlio e a todos os amigos, pela compreensão, apoio incondicional, incentivo e motivação imprescindíveis para a efectivação deste trabalho.

Agradeço também a todos os que, de uma forma ou de outra, colaboraram para que este trabalho se tornasse possível.

RESUMO

Os problemas intestinais são comuns nas pessoas com doenças cardiovasculares e neurológicas podendo ter um impacto significativo na qualidade de vida. A reeducação da função de eliminação intestinal é essencialmente do âmbito da enfermagem de reabilitação. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação possui um elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida que lhe permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. Os artigos analisados sugerem que o controlo da incontinência fecal e a prevenção da obstipação são possíveis através de programas eficazes de reeducação da função de eliminação intestinal, apontando para a necessidade da realização de estudos de maiores dimensões.

Este relatório de estágio pretende ser revelador de aprendizagens a partir de um processo auto formativo, de pesquisa sistemática e reflexão, e mobilizador de um agir em contexto da prática clínica, numa perspectiva de enfermagem avançada.

Palavras-chave: Relatório de Estágio; Reabilitação; Reeducação da função de eliminação intestinal

ABSTRACT

Bowel dysfunction is common among people with cardiovascular and neurological disorders and may have a significant impact on quality of life. Re-education of bowel function is mainly competence of rehabilitation nursing. The nurse specialist in rehabilitation has a high level of knowledge and experience that allows her to make decisions regarding to health promotion, prevention of secondary complications, treatment and rehabilitation maximizing individual potential. The analyzed articles suggest that control of incontinence and constipation prevention is possible through effective programs of rehabilitation of bowel function, pointing to the need of undertaking larger studies.

This stage report is intended to express learning from a self-formative process of systematic inquiry and reflection, and promoting action in the context of clinical practice from the perspective of advanced nursing.

Keywords: Stage Report; Rehabilitation; Re-education of bowel function

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ASIA - American Spinal Injury Association

AV - Atividades de vida

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CARF - Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CMR Sul - Centro de Medicina e Reabilitação do Sul

CSS - Constipation Scoring System

DAC - Doença das artérias coronárias

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EDSS - Escala de Estado de Incapacidade

EM - Esclerose Múltipla

FIM - Functional Independence Measure

HSFX - Hospital São Francisco Xavier

HSM - Hospital de Santa Marta

MASCIP - Multidisciplinary Association of Spinal Cord Injury Professionals

OE - Ordem dos Enfermeiros

PI[C]O - População, Intervenção, Comparação, Outcome

PRC - Programa de Reabilitação Cardíaca

RC - Reabilitação Cardíaca

RCN - Royal College of Nursing

SNC - Sistema Nervoso Central

TISS 28 - Therapeutic Intervention Scoring System-28

TVM - Traumatismo Vértebro-Medular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

WHO - World Health Organization

ABREVIATURAS

1º - Primeiro

p. - página

h - hora

nº - número

min. - minuto

ÍNDICE

| | p. |
|---|-----------|
| 0 – INTRODUÇÃO | 13 |
| 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA TEMÁTICA | 19 |
| 1.1 - O DESENVOLVIMENTO DA ACTIVIDADE DE VIDA ELIMINAR SEGUNDO O MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE ROPER, LOGAN E TIERNEY | 19 |
| 1.1.1 - Alterações da eliminação intestinal | 23 |
| 1.1.1.1 - As alterações da eliminação na pessoa/família com afecção do foro neurológico traumático | 25 |
| 1.1.1.2 - As alterações da eliminação na pessoa/família com afecção do foro neurológico não traumático | 27 |
| 1.1.1.3 - As alterações da eliminação na pessoa/família com afecção do foro Cardiovascular | 29 |
| 1.1.2 - Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa/família com função intestinal comprometida | 32 |
| 1.1.2.1 - Componentes de um programa de reeducação da função de eliminação Intestinal | 36 |
| 2 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA COM RECURSO À REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA | 43 |
| 2.1 - METODOLOGIA | 43 |
| 3 - ENSINO CLÍNICO: ANÁLISE REFLEXIVA | 47 |
| 3.1 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOAS COM AFECÇÕES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS | 56 |
| 3.2 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOAS COM AFECÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS | 61 |
| 3.3 - ESTÁGIO DE COMPONENTE OPCIONAL (CONTEXTO DE PESSOAS COM AFECÇÕES DO FORO CARDIOVASCULAR) | 64 |
| 4 - CONCLUSÃO | 69 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 73 |

| | |
|--|-----------|
| ANEXOS | 79 |
| ANEXO I - Processo de pesquisa e selecção dos artigos | 81 |
| ANEXO II – Artigos seleccionados | 85 |
| ANEXO III – Projectos de Estágio | 113 |
| ANEXO IV – Formação em Serviço: Enfermagem de Reabilitação | 165 |
| ANEXO V – Folha de Registos de Enfermagem de Reabilitação | 177 |

0 - INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio II e Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém.

A finalidade do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação consiste em promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da enfermagem de reabilitação numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e reflexividade sobre a prática.

É neste enquadramento que surge a unidade curricular Estágio II e Relatório que, tem como opção estratégica o suporte na via indutiva, com o objectivo de promover a reflexão na acção e sobre a acção, mobilizando para a mesma a concepção teórica, por referência ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

Esta unidade curricular, como o próprio nome indica, integra o Estágio II, desenvolvido em contextos/serviços de pessoas com afecções neurológicas (traumáticas e não traumáticas) e outras específicas da enfermagem de reabilitação e o Relatório que se pretende que seja revelador de aprendizagens a partir de um processo auto formativo, de pesquisa sistemática e reflexão, e mobilizador de um agir em contexto da prática clínica, numa perspectiva de enfermagem avançada.

Para alcançar estes objectivos, as aprendizagens foram desenvolvidas em três contextos distintos num total de 300 h de presença em contexto clínico repartidas equitativamente. O estágio em contexto de pessoas com afecções neurológicas traumáticas foi realizado no Centro de Medicina e Reabilitação do Sul (CMR Sul). O estágio em contexto de pessoas com afecções neurológicas não traumáticas foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital São Francisco Xavier (HSFX). Por último, o estágio de opção foi efectuado na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) do Hospital de Santa Marta (HSM).

A escolha pela área de especialização em enfermagem de reabilitação prendeu-se com a nossa identificação com a filosofia inerente a estes cuidados e também pela actual conjuntura social e demográfica.

A World Health Organization (WHO, 2005, <URL: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr_wha07/en/>), no âmbito da

reabilitação, alerta para a necessidade de serem dadas respostas a cerca de seiscentos milhões de pessoas que, no contexto actual, vivem com incapacidades de vários tipos em todo o Mundo. Em Portugal e na generalidade dos países da Europa, prevê-se um aumento acentuado da incidência de doenças crónicas incapacitantes, nos próximos anos.

Face ao previsível aumento de pessoas com doenças crónicas, muitas vezes com elevados níveis de dependência, e à emergência de novos paradigmas de assistência na saúde, torna-se necessário dotar as organizações prestadoras de cuidados de saúde com profissionais que ajudem as pessoas, as famílias e as comunidades a encontrarem soluções para as suas necessidades, de modo a que sejam asseguradas a autonomia, a integração social e profissional e a participação na vida da comunidade, como preconiza a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, para as pessoas com deficiência (PARLAMENTO EUROPEU; CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA; COMISSÃO EUROPEIA, 2000, <[URL: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf)>).

A enfermagem tem um papel fundamental na resposta a este desafio. A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem tem por objectivo ajudar a pessoa a ser proactiva na consecução do seu projecto de saúde. Deste modo, de acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS,

“procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores - frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (OE, 2002, p.8-9).

Mais especificamente, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação possui um elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida que lhe permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (REGULAMENTO nº 125/2011).

A reabilitação é eficaz na redução da sobrecarga da incapacidade, tanto para a pessoa como para a sociedade, e na potenciação das oportunidades de vida, ao proporcionar um melhor nível de actividade, melhor saúde e redução das complicações e dos efeitos das comorbilidades. O objectivo global da reabilitação consiste, deste modo, em permitir às pessoas conduzir a vida que desejam, no contexto de eventuais restrições inevitáveis impostas pelas incapacidades resultantes de doenças ou lesões. Esta situação é possível através de uma combinação de medidas para superar ou contornar as suas incapacidades, eliminando ou reduzindo as barreiras à participação da pessoa nos ambientes escolhidos (SECÇÃO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DA UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES *et al*, 2009).

De acordo com a OE, através do Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação,

“a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades” (REGULAMENTO nº 125/2011, p. 8658).

O cerne do Estágio II, sobre o qual incide este relatório, é dirigido às pessoas com afecções neurológicas quer traumáticas ou não traumáticas.

Segundo a WHO (2006), há uma ampla evidência que identifica os distúrbios neurológicos como uma das maiores ameaças para a saúde pública. Ainda de acordo com esta organização, mil milhões de pessoas sofrem de problemas neurológicos e este é um problema com tendência para aumentar à medida que a população mundial envelhece. De acordo com o relatório “Neurological Disorders: Public Health Challenges” (WHO, 2006) as doenças neurológicas são responsáveis anualmente por 6,8 milhões de óbitos (12% dos óbitos estimados). Ainda assim, estes números não traduzem a gravidade da situação, uma vez que muitas destas doenças são altamente incapacitantes independentemente da sua taxa de mortalidade.

A disfunção neurogénica do intestino é um problema comum entre as pessoas com doenças neurológicas centrais, nomeadamente os Traumatismos Vértebro-Medulares (TVM), Esclerose Múltipla (EM), Espinha Bífida, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doença de Parkinson e pode manifestar-se por incontinência, obstipação ou ambos (COGGRAVE, 2008).

A perda do controlo voluntário sobre o intestino é altamente incapacitante e angustiante, causando limitações à participação social, perturbações na auto-estima (PELLATT, 2008) e é uma causa frequente de dependência (COGGRAVE, 2008).

ASH (2005, referido por PELLAT, 2008) refere que a incontinência fecal limita a vida social das pessoas com TVM e pode ser uma barreira no emprego ou na educação. Este autor menciona também o impacto que pode ter na actividade sexual. O desconforto e o tempo perdido, associados a complicações médicas, podem causar frustração, diminuição da qualidade de vida e problemas conjugais e familiares (HICKEN, 2001, referido por PELLAT, 2008).

O impacto da incontinência fecal nas pessoas com EM é igualmente considerado grave, quer em termos físicos como psicológicos, levando ao isolamento social e em alguns casos à institucionalização (KHAN; PALLANT; SHEA; WHISHAW, 2009). A obstipação é

também um problema intestinal manifestado pelas pessoas com EM, com impacto na sua qualidade de vida, devido ao desconforto, distensão abdominal e dor que pode causar (PELLATT, 2008).

A obstipação, além de ser uma complicação frequente nas pessoas com intestino neurogénico, é também um problema que a maioria das pessoas já experienciou ao longo da sua vida (HOEMAN, 2011). MARPLES (2011) refere que a obstipação crónica é um problema comum nos países ocidentais, afectando entre 2 a 27% da população. Apesar de não termos dados que nos permitam afirmar a prevalência deste problema nas pessoas com alterações do foro cardiovascular, pela nossa experiência profissional este é um aspecto que merece a atenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, pois muitas vezes as pessoas não sabem como lidar com este problema ou agem de forma menos correcta.

Os problemas intestinais têm assim, um impacto significativo na qualidade de vida e a gestão desses problemas constitui um desafio quer para as pessoas e suas famílias, quer para os profissionais de saúde.

A gestão dos compromissos da função intestinal é essencialmente do âmbito da enfermagem de reabilitação. O controlo da incontinência e a prevenção da obstipação são possíveis através de programas eficazes de reeducação da função de eliminação intestinal. O desenvolvimento de um programa eficaz traz implicações em termos de independência e autonomia, reinserção na comunidade e saúde a longo prazo (MULTIDISCIPLINARY ASSOCIATION OF SPINAL CORD INJURY PROFESSIONALS - MASCIP, 2009).

Considerando esta problemática e partindo da vivência em contexto clínico, procurámos identificar o conhecimento mais actualizado, no sentido de perseguir os mais elevados padrões de qualidade no exercício profissional da enfermagem. Nesta sequência surge como foco de estudo; a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação da função de eliminação intestinal da pessoa adulta com afecção neurológica (EM ou TVM) e cardiovascular (Enfarte Agudo do Miocárdio - EAM).

Face a tudo o que foi exposto, o presente relatório tem como objectivos:

- ↳ Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- ↳ Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- ↳ Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada, inventariando a sua natureza;
- ↳ Avaliar, registar e divulgar os resultados da acção/intervenção de enfermagem numa perspectiva especializada.

O relatório está organizado em três capítulos. Depois desta introdução, onde se efectuou uma breve apresentação e justificação da temática em estudo, segue-se o primeiro capítulo, referente ao enquadramento teórico, que contextualiza a problemática em estudo. No segundo capítulo será abordada a prática baseada na evidência com recurso à revisão sistemática da literatura, onde será exposto o protocolo de pesquisa. O terceiro capítulo engloba uma análise reflexiva ao ensino clínico, tendo por base o contributo da revisão sistemática da literatura. Por fim segue-se a conclusão, onde são reforçadas algumas considerações finais sobre as aprendizagens e as competências adquiridas e desenvolvidas e de que forma é que estas contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização em enfermagem de reabilitação.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA TEMÁTICA

De forma a contextualizar a temática em estudo será apresentado um enquadramento teórico que compreende a informação existente acerca da mesma. De acordo com FORTIN (1999, p. 93) o enquadramento teórico consiste em desenvolver

“uma generalização abstracta que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo, em função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação, fornece parâmetros para um estudo, no qual conceitos importantes e as suas relações mútuas serão definidos”.

Deste modo, ao longo deste capítulo pretendemos mobilizar alguns elementos conceptuais associados à actividade de vida (AV) eliminar, nomeadamente à eliminação intestinal, com base no Modelo Teórico de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney. A ênfase será dada à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no âmbito desta AV, junto de pessoas/famílias com afecções neurológicas traumáticas e não traumáticas e afecções do foro cardiovascular.

1.1 - O DESENVOLVIMENTO DA ACTIVIDADE DE VIDA ELIMINAR SEGUNDO O MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE ROPER, LOGAN E TIERNEY

O Modelo Teórico de Enfermagem de ROPER *et al* (2001) é baseado no Modelo de Vida e consagra uma tentativa de identificar as características principais deste fenómeno altamente complexo que é viver. O seu principal objectivo é oferecer uma estrutura para os enfermeiros planearem uma abordagem individualizada para as intervenções autónomas de enfermagem relacionadas com todas as AV da pessoa.

As AV são o fulcro deste modelo, uma vez que a sua essência está na ideia de que todas as pessoas estão envolvidas em actividades que lhes permitem viver e crescer ao longo da vida. Estas estão intimamente relacionadas umas com as outras e são fundamentais para a concepção da enfermagem uma vez que caracterizam a pessoa que está no seu centro (ROPER *et al*, 2001).

São 12 as AV descritas, sendo a actividade de vida eliminar uma delas. De acordo com estas autoras “eliminar é um acto de vida praticado por todos os indivíduos, com uma regularidade constante e durante toda a vida” (ROPER *et al*, 2001, p. 41). Esta compreende a

eliminação intestinal e vesical. Dado o interesse para o trabalho, apenas será abordada a eliminação intestinal.

A eliminação intestinal é o processo pelo qual o organismo excreta os produtos de degradação resultantes da digestão, estando deste modo, intimamente relacionada com o aparelho digestivo. Uma miríade de processos de auto-regulação são responsáveis pela progressão adequada dos alimentos ao longo do tubo digestivo. A porção dos alimentos que não é absorvida enquanto atravessa o tubo digestivo é expulsa sob a forma de fezes, através de um processo denominado defecação.

A defecação depende de uma complexa integração de mecanismos voluntários e involuntários. O tubo digestivo dispõe de um sistema nervoso intrínseco, denominado sistema nervoso entérico. Este sistema estende-se ao longo da parede do intestino e é composto por dois plexos: o plexo mientérico (motor), que controla principalmente os movimentos gastrointestinais, e o plexo de Meissner (sensorial), responsável pelo controlo da secreção e absorção intestinal local (HOEMAN, 2011). O sistema nervoso entérico permite ao intestino continuar a sua função na ausência de inervação extrínseca, assumindo o papel de centro reflexogénico, em determinadas situações, nomeadamente no caso de TVM (OE, 2009).

O sistema nervoso autónomo integra o sistema nervo extrínseco. A inervação parassimpática é dividida em craniana e sagrada. A craniana é quase totalmente transmitida pelo nervo vago e ao nível do intestino, é responsável pela inervação da primeira metade do intestino grosso. As fibras sagradas têm origem nos segmentos S₂, S₃, e S₄ da medula espinhal e inervam a metade distal do intestino grosso. As regiões sigmoideia, rectal e anal são abundantemente inervadas por fibras parassimpáticas que têm a função de facilitar o reflexo da defecação (HOEMAN, 2011).

As fibras simpáticas têm origem na medula espinhal entre os segmentos D₅ e L₂ e inervam essencialmente todo o tubo digestivo, excepto as regiões oral e anal, ao contrário do sistema nervoso parassimpático. A estimulação do sistema nervoso simpático geralmente provoca diminuição da actividade digestiva, opondo-se aos efeitos do sistema nervoso parassimpático (*idem*).

De acordo com o mesmo autor, o reflexo de defecação inicia-se quando os movimentos de massa forçam as fezes para o recto, provocando a distensão da parede rectal que, por sua vez, desencadeia sinais aferentes para o plexo mientérico. A este acontecimento seguem-se ondas peristálticas que propulsionam as fezes em direcção ao ânus. No entanto, o reflexo da defecação é extremamente fraco, necessitando ser fortificado pelos segmentos sagrados. Quando as fibras sensoriais do recto são estimuladas pela presença de fezes, são transmitidos sinais para a porção sagrada da medula espinhal (S₂-S₄), os quais retornam ao intestino, por via reflexa, para intensificar as ondas peristálticas e converter os movimentos fracos num processo vigoroso. Os sinais aferentes que entram na medula espinhal iniciam outras

actividades relacionadas com a defecação, tais como respirações profundas e contracção dos músculos abdominais.

Simultaneamente ao mecanismo reflexo, também é necessário existir controlo somático para que ocorra a defecação voluntária. A consciência controla o esfíncter externo e inibe a sua função para permitir a defecação (HOEMAN, 2011). O esfíncter anal externo é um músculo estriado e inervado pelo nervo pudendo, que junto com os músculos do pavimento pélvico, apresentam a propriedade rara de actividade eléctrica contínua durante a marcha e o sono. O canal anal proporciona o mecanismo primário para a continência fecal constituindo a barreira que necessita ser atravessada para que a evacuação ocorra. O esfíncter anal interno permanece em contínuo estado de contracção máxima e é responsável pela maior parte do tónus de repouso do canal anal. Este tónus não é alterado após a ocorrência de um TVM (DELISA, 2002).

ROPER *et al* (2001) consideram que as AV não estão isoladas, elas estão relacionadas entre si e interagem com os outros componentes do modelo, resultando dessa interacção a individualidade.

A duração da vida é um dos componentes do Modelo de Enfermagem de ROPER *et al* (2001) e apresenta uma importância clara na eliminação intestinal. Inicialmente, o esvaziamento intestinal é involuntário devido à falta de maturidade neuromuscular (HOEMAN, 2011), no entanto, na idade escolar as crianças já desenvolveram independência e também o sentido de desejo de privacidade enquanto eliminam (ROPER *et al*, 1995). É também nesta fase que se estabelece um padrão de eliminação individual característico (HOEMAN, 2011). No outro extremo da vida, o processo de envelhecimento pode manifestar-se no intestino com uma diminuição da acção muscular e pode existir uma diminuição no volume das fezes, o que predispõe à obstipação crónica (ROPER *et al*, 1995). Durante a idade adulta, assumem preponderância outras tarefas do desenvolvimento, podendo ser dada pouca importância à função intestinal normal. Quando a função intestinal está comprometida, por quaisquer distúrbios, os padrões de eliminação podem mudar e ser motivo de forte preocupação em qualquer idade (HOEMAN, 2011).

A duração da vida está intimamente relacionada com o conceito de dependência/independência para a AV eliminar. Na fase inicial da vida, existe uma dependência natural e, para alguns, existe um retorno a um nível variável de dependência nos últimos anos (ROPER *et al*, 1995). Para a maioria das pessoas, a independência é uma característica fundamental da idade adulta. No entanto, em qualquer momento da etapa da vida, o grau de dependência/independência das pessoas pode sofrer alterações, devido a traumatismo ou doença do sistema intestinal ou ainda por distúrbios neuromusculares (ROPER *et al*, 2001).

Uma competência importante da enfermagem é o desenvolvimento de juízos técnicos em relação às capacidades das pessoas, sem nunca as privar da independência nas AV em que estão funcionantes. É igualmente uma competência da enfermagem saber quando a pessoa num estado de dependência tem de ser ajudada a aceitá-lo como necessário (ROPER *et al*, 2001).

A escala de medida de independência funcional (FIM, Functional Independence Measure) é amplamente utilizada em reabilitação para a avaliação da funcional. Esta integra 7 níveis que representam os graus de funcionalidade, variando da independência à dependência. A classificação de uma actividade é baseada na necessidade de ser assistido ou não por outra pessoa e, se a ajuda é necessária, em que medida (HOEMAN, 2011). Existem dois níveis para as pessoas que não necessitem de ajuda de terceiros. O nível mais elevado (7 - independência completa) é atribuído às pessoas que executam com segurança todas as tarefas que compõem a actividade, num período de tempo razoável, sem modificação, dispositivos auxiliares ou ajuda de terceiros. O nível 6 (independência modificada) é conferido a quem realiza a actividade com um apoio ou ajuda, nomeadamente a utilização de produtos de apoio; demora mais do que uma quantidade de tempo considerada razoável; ou quando a segurança é colocada em risco (UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION, 2009).

O controlo intestinal é uma das categorias de desempenho avaliadas pela FIM e pode ser avaliado segundo dois fluxogramas consoante a ajuda requerida. Quando a pessoa controla completa e intencionalmente a eliminação intestinal, é avaliada frequência de acidentes (contaminação da roupa com fezes) ocorridos nos últimos três dias e o nível de assistência necessário para a higiene após esse episódio. Quanto a pessoa necessita de ajuda, avalia-se o nível de assistência (UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION, 2009).

As pessoas com deficiência ou incapacidade têm ao seu dispor uma variedade de produtos de apoio, que são indispensáveis para otimizar a funcionalidade contribuindo para a sua integração social e profissional. Por produtos de apoio entende-se “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (DECRETO-LEI nº 93/2009). Quando a pessoa utiliza os produtos de apoio, o nível máximo de independência atribuído pela FIM é o nível 6.

As inúmeras diferenças individuais identificadas no desempenho das AV, podem ser explicadas pelos vários factores que as influenciam. ROPER *et al* (2001) agruparam os vários factores em cinco grupos principais: biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. Como foi referido, os cinco factores influenciam cada uma das AV e estão relacionados com os outros componentes do modelo, ao mesmo tempo que estão relacionados entre si.

1.1.1 - Alterações da eliminação intestinal

Como foi anteriormente referido a defecação depende de uma complexa integração de mecanismos voluntários e involuntários. Qualquer interrupção desses mecanismos pode dar origem a alterações da função intestinal. O compromisso da eliminação intestinal é manifestado por incontinência, obstipação e diarreia (HOEMAN, 2011). A incontinência fecal será adiante desenvolvida, dado a importância dos cuidados de enfermagem na reabilitação de pessoas com disfunção intestinal neurogénica. A obstipação será também abordada pela sua prevalência na sociedade actual, e também devido ao facto de surgir frequentemente como complicação nas pessoas com intestino neurogénico.

INCONTINÊNCIA FECAL

A alteração do controlo voluntário da defecação pode resultar de qualquer compromisso nas vias motoras ou sensoriais, uma vez que o processo de defecação voluntário é controlado pelos sistemas nervosos autónomo (involuntário) e somático (voluntário). A incontinência fecal pode resultar do enfraquecimento do controlo cerebral (consciência da necessidade e capacidade para inibir a defecação), ou da capacidade para controlar ou ter sensibilidade no esfíncter anal (HOEMAN, 2011).

Lesões no Sistema Nervoso Central (SNC) bloqueiam as vias nervosas entre o cérebro, a medula espinhal e o aparelho digestivo, podendo originar uma situação denominada intestino neurogénico. Existem cinco categorias de disfunção intestinal neurogénica, três das quais frequentes no âmbito da reabilitação, nomeadamente o intestino neurogénico desinibido, o reflexo e o autónomo (*idem*).

INTESTINO NEUROGÉNICO DESINIBIDO

A disfunção intestinal neurogénica desinibida pode ocorrer quando existem lesões corticais e subcorticais acima do nível C₁, como acontece no AVC, EM e certos tipos de tumores e traumatismos cranianos. A sensibilidade intestinal e nadegueira estão mantidas e os reflexos bulbocavernoso e anal estão intactos ou aumentados. Os impulsos sensoriais chegam ao cérebro mas este é incapaz de interpretar os impulsos para defecar. Deste modo, verifica-se uma diminuição do controlo voluntário do esfíncter anal. A eliminação é involuntária quando o reflexo de defecação sagrado é activado. Uma vez que a sensibilidade não está comprometida, a incontinência é acompanhada por uma sensação de urgência (HOEMAN, 2011).

INTESTINO NEUROGÉNICO REFLEXO

A disfunção intestinal neurogénica reflexa ocorre em lesões acima de D₁₂/L₁. Este é o tipo de disfunção mais comum entre as pessoas com TVM (DELISA, 2002), podendo também ocorrer em pessoas com EM (HOEMAN, 2011). As lesões nesta área envolvem o primeiro

neurónio motor e as vias sensoriais, mas não afectam o segundo neurónio motor. Na maioria dos casos a sensibilidade intestinal e nadegueira está diminuída ou ausente e os reflexos bulbocavernoso e anal estão aumentados. As vias nervosas entre o cérebro e a medula espinhal estão, completa ou incompletamente, interrompidas. Numa lesão completa e em muitas incompletas não há controlo voluntário da defecação ou do esfíncter anal. A incontinência fecal acontece subitamente, como parte de um reflexo de massa. Os segmentos nervosos sagrados de S₂₋₄ estão ilesos sendo possível desenvolver um tipo de estímulo resposta do controlo intestinal, usando o reflexo de massa. O reflexo espinhal intacto está funcionando quando as fezes, que se acumulam no recto o distendem, provocam o esvaziamento reflexo do intestino. A inervação parassimpática via segmentos sagrados da medula espinhal mantém a tonicidade do esfíncter anal contribuindo para a continência fecal no intervalo dos movimentos de massa (HOEMAN, 2011).

INTESTINO NEUROGÉNICO AUTÓNOMO

A disfunção intestinal neurogénica autónoma (flácida ou não reflexa) ocorre em lesões na medula espinhal a nível D₁₂ ou L₁, ou abaixo. As lesões nesta área afectam o segundo neurónio motor. Neste caso a sensibilidade está diminuída ou ausente e os reflexos bulbocavernoso e anal desaparecem. À semelhança do que acontece no intestino neurogénico reflexo, não existe nem controlo cerebral da defecação, nem controlo voluntário do esfíncter anal. No entanto, como a lesão envolve directamente os segmentos S₂₋₄ a actividade do arco reflexo espinhal fica destruída ou inacessível. Deste modo, não ocorre nenhum reflexo de esvaziamento do intestino e os esfíncteres interno e externo perdem a tonicidade, sendo frequente uma ligeira incontinência fecal (HOEMAN, 2011).

OBSTIPAÇÃO

A obstipação é um problema que a maioria das pessoas já vivenciou durante a sua vida. O termo obstipação pode ter significados diferentes de pessoa para pessoa. Algumas definem-na como dejectões menos frequente que o habitual, outras como dejectões difíceis e que exigem esforço excessivo. Geralmente ambos os factores actuam conjuntamente (HOEMAN, 2011).

A maioria dos especialistas define obstipação como duas dejectões por semana ou menos. Esta definição baseia-se no estudo efectuado por CONNELL; HILTON; IRVINE; LENNARD-JONES; MISIEWICZ (1965, referido em HOEMAN, 2011). Estes autores estudaram a frequência das dejectões e constataram que 98% da população evacuava entre três vezes por dia e três vezes por semana.

Uma miríade de factores contribuem para a obstipação. Segundo HOEMAN (2011) a causa mais frequente na população adulta é a irregularidade dos hábitos intestinais, desenvolvida pela inibição dos reflexos de defecação normais, ao longo da vida. A impossibilidade de defecar quando o reflexo da defecação é desencadeado ou o uso excessivo

de laxantes para substituir a função normal provocam o enfraquecimento progressivo dos reflexos durante um determinado período de tempo, tornando, conseqüentemente, o cólon atónico. A imobilidade é também um factor predisponente para a obstipação. É importante referir que a ingestão de alimentos, por si só, não produz movimentos de massa no cólon em pessoas imobilizadas, sendo o movimento físico também essencial.

De acordo com o mesmo autor, o reflexo gastrocólico, combinado com actividade física matinal, origina movimentos propulsivos de massa, forçando as fezes para o recto. A distensão do recto produz o desejo de defecar; se esse desejo for ignorado ou deliberadamente inibido, desaparece, e as fezes retornam para o cólon sigmóide, favorecendo a obstipação.

Os hábitos alimentares também têm uma forte influência na obstipação, especialmente as dietas pobres em resíduos, onde predominam os alimentos altamente refinados e de fácil preparação, mas que são pobres em fibras (HOEMAN, 2011).

1.1.1.1 - As alterações da eliminação na pessoa/família com afecção do foro neurológico traumático

São várias as patologias de causa traumática que provocam alterações neurológicas, nomeadamente a nível intestinal. No sentido de contextualizar a população em estudo será apenas abordada a pessoa/família com TVM, por ser a patologia mais frequente entre as pessoas com afecções neurológicas traumáticas a quem prestámos cuidados de enfermagem de reabilitação durante o estágio no respectivo contexto.

Os TVM são responsáveis por lesões graves que podem pôr em risco a vida ou alterar profundamente a fisiologia humana e a qualidade de vida da pessoa e da sua família. Estes ocorrem quando forças energéticas externas atingem o corpo, de forma directa ou indirecta, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas da coluna vertebral e/ou medula espinhal (PADILHA *et al*, 2001).

Os dados estatísticos são escassos relativamente aos TVM tanto a nível nacional como internacional. De acordo com o International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis (2005, referido por OE, 2009), o TVM é uma epidemia global, com uma média anual de incidência de 22 novos casos por milhão de habitantes no mundo ocidental e desenvolvido, estimando-se que a cada ano mais de 130 mil pessoas sobrevivam a uma lesão medular. Em Portugal, os dados disponíveis são de um estudo realizado por MARTINS *et al* (1998, referido pela OE, 2009) na região centro do país, que apresentam uma taxa de incidência de 58 novos casos por ano por milhão de habitantes. Na maioria dos casos, a etiologia é traumática, constituindo os acidentes de viação a sua principal causa, seguindo-se as quedas e outras causas como agressões e outro tipo de acidentes. Devido à grande mobilidade e instabilidade

biomecânica da coluna na região cervical (especialmente entre C₅ e C₇) e dorsolombar (entre T₁₂ e L₂) estas regiões são as mais frequentemente lesadas (OE, 2009).

A lesão da medula espinhal resulta em alterações da função motora, sensitiva e autonómica nos segmentos situados abaixo do nível da lesão. O quadro clínico depende da fase de evolução da lesão (aguda, subaguda ou crónica), da localização (segmento cervical, torácico, lombar ou sacrado) e ainda se a lesão medular é completa ou incompleta (FARIA, 2006).

Inicialmente, na maior parte das lesões da medula espinhal há um período de paralisia flácida e perda completa (ou quase) de todos os reflexos, designado de choque medular. Progressivamente inicia-se a fase de automatismo medular, com retorno de algumas actividades reflexas da medula, normalmente inibidas pelo controlo exercido pelo córtex cerebral. Os reflexos tendinosos tornam-se vivos, o tónus muscular aumenta e aparece a espasticidade (FARIA, 2006).

Os efeitos da lesão medular são determinados, primeiramente, pelo nível da lesão, embora o facto de a lesão ser do neurónio motor superior ou inferior, também seja um aspecto importante, especialmente no que se refere aos seus efeitos na função intestinal, vesical e sexual (PHIPPS; SANDS; MAREK, 2003). A consequência gastrointestinal mais significativa do TVM é a perda do controlo voluntário sobre a defecação (DELISA, 2002).

A pessoa com TVM, após um período inicial de atonia e retenção, característico do choque medular, pode apresentar um intestino neurogénico reflexo, se a lesão medular for acima do centro sacral, ou autónomo, se a lesão medular for ao nível deste ou abaixo dele (DELISA, 2002), como foi anteriormente descrito.

De acordo com HAN; KIM; KWON (1998) nas pessoas com TVM, os problemas gastrointestinais apresentam um efeito adverso sobre o desenvolvimento das AV e causam restrições na vida social. A reeducação da função de eliminação intestinal torna-se assim, fundamental para as pessoas com TVM, de modo a permitir eliminações intestinais controladas e regulares de forma a tornar a pessoa continente e socialmente aceite (OE, 2009).

A família da pessoa que sofre um TVM é também fortemente afectada, segundo HOEMAN (2011) quando um elemento da família sofre de doença crónica ou incapacidade, todos os elementos do agregado familiar são afectados, independentemente do tipo de relação estabelecida.

O TVM não é excepção e causa grandes alterações na vida das pessoas e das suas famílias. De acordo com o National Spinal Cord Injury Statistical Center (2006, referido pela OE, 2009) na altura do traumatismo 51,6% das pessoas são solteiras, sendo baixa a probabilidade de se casarem após a lesão. Entre os casados, a probabilidade de divórcio é um pouca mais alta do que na restante população. Também em relação à actividade profissional

64,2% das pessoas referem estar empregadas na altura do traumatismo, sendo que dez anos depois, apenas estão empregadas 32,4% das pessoas com paraplegia e 24,2% das pessoas com tetraplegia.

Muitas vezes, apesar de ter capacidades próprias que lhe permitam fazer face à doença, o súbito impacto da mesma provoca uma desestruturação do sistema familiar, tornando necessária a intervenção do enfermeiro para ajudar a clarificar ideias, mobilizar os recursos internos da própria família e encaminhar para os recursos comunitários existentes. Deste modo, é necessário abordar a família como foco de intervenção, com necessidades próprias e não apenas como o elemento cuidador.

1.1.1.2 - As alterações da eliminação na pessoa/família com afecção do foro neurológico não traumático

São diversas as patologias neurológicas com causas não traumáticas e que provocam alterações na função intestinal. De forma a contextualizar a população em estudo será abordada a pessoa/família com EM.

A EM é uma doença crónica que afecta o SNC. Esta afecta sobretudo jovens e adultos de meia-idade e representa uma causa significativa de incapacidade (DELISA, 2002). Segundo dados da WHO (s.d.) referidos pela SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA (2011, <URL: <http://www.spem.org/>>), estima-se que em todo o mundo existam cerca de 2.500.000 pessoas com EM e em Portugal esse número é superior a 5.000 (SÁ, 2010).

A EM é caracterizada por lesões múltiplas que ocorrem na substância branca do cérebro e da medula. Apesar de ainda não ter sido identificado um antígeno-alvo específico, presume-se que a doença reflecta uma reacção auto-imune contra antígenos de mielina (DELISA, 2002).

A causa da EM é ainda desconhecida, mas têm sido procurados indícios pela epidemiologia. Estudos realizados sugerem que esta esteja associada a factores ambientais e genéticos (*idem*).

O diagnóstico desta doença é difícil. Os neurologistas usam uma combinação de exames clínicos e laboratoriais que devem demonstrar que as lesões ocorram em momentos distintos, afectem diferentes partes do SNC e não sejam resultado de outro processo patológico. A evidência para satisfazer este critério pode vir da avaliação clínica, de exames como a ressonância magnética ou estudos de potenciais evocados e demonstração de proteínas inflamatórias no líquido cefalorraquidiano (DELISA, 2002).

Existem vários tipos evolutivos de EM que se baseiam na identificação das recidivas e remissões e na acumulação de deficiências neurológicas. As descrições comumente utilizadas dos padrões clínicos são: a EM benigna (os surtos são escassos e a incapacidade é inexistente ou muito reduzida durante vários anos); a EM por surtos de exacerbações e remissões (os surtos produzem aumento das deficiências neurológicas que melhoram ou se resolvem passadas semanas ou meses); a EM progressiva secundária (inicialmente a doença manifesta-se com surtos e remissões, mas com o tempo as recuperação das recidivas torna-se frequentemente incompleta e a doença pode agravar-se sem a existência de surtos; e a EM progressiva primária (a incapacidade agrava-se continuamente desde o início sem surtos). A maioria das pessoas com EM apresenta a doença recidivante, apenas 15% terão um curso progressivo primário (DELISA, 2002).

Actualmente, o padrão mais comum de classificação de pessoas com EM é a escala de estado de incapacidade (EDSS) desenvolvida por Kurtzke (DELISA, 2002). A EDSS é baseada em medições de oito áreas do SNC conhecidas como sistemas funcionais. Os passos iniciais medem o grau de disfunção desses sistemas enquanto que os passos finais avaliam a incapacidade no que se refere à mobilidade e restrições na vida diária (MS-GATEWAY, 2011, <[URL:http://www.ms-gateway.com.pt/](http://www.ms-gateway.com.pt/)>).

As pessoas com EM podem apresentar várias deficiências com conseqüente perda funcional, incluindo deficiências de cognição, visão, fala, deglutição, fraqueza, espasticidade, sensibilidade e funções cerebelares e da bexiga e do intestino. Estas relacionam-se com a perda das propriedades de isolamento da mielina, contribuindo para a diminuição da força do impulso entre os nódulos de Ranvier (DELISA, 2002). O leque variável de sinais e sintomas encontrados nestas pessoas reflecte a diversidade de funções do SNC. Estes são inespecíficos e reflectem a localização das lesões. O sintoma individual mais frequente pode ser a parestesia, apesar de ser vulgarmente ignorado quando breve e autolimitado. Os sintomas que levam as pessoas aos serviços de saúde são geralmente deficiências visuais secundárias à neurite óptica, fraqueza nos membros, desequilíbrio que resulta em deficiência na marcha ou alteração da coordenação motora fina da extremidade superior, sintomas de disfunção da bexiga e intestino, vertigem, disartria e fadiga (DELISA, 2002). Cerca de 40% das pessoas com EM apresentam envolvimento da medula lombar e 18% da medula sagrada (KOBASHI; LEACH, 1999, referido em GRIFFITH, 2002). O córtex cerebral e o mesencéfalo também podem ser afectados. Lesões em qualquer destas áreas podem afectar a função de eliminação (GRIFFITH, 2002).

De acordo com CHIA *et al* (1995, referido em BURKS; BIGLEY; HILL, 2009), mais de 50% das pessoas com EM apresentam disfunção do intestino. Os sintomas gastrointestinais mais frequentes incluem esvaziamento gástrico prolongado, obstipação e incontinência fecal. A obstipação pode resultar directamente de factores neurológicos, como o trânsito gastrointestinal demorado ou fraqueza dos músculos abdominais, que inibem a evacuação

intestinal eficaz. Existem também factores indirectos, como a restrição hídrica, maus hábitos alimentares, programas de reeducação da função de eliminação intestinal inconsistentes e medicação que podem causar obstipação (BURKS *et al*, 2009).

A incontinência e urgência fecal estão relacionadas com a interrupção das vias sacrais neurais que podem afectar a sensação de defecação. O compromisso da função do esfíncter anal e dos músculos do recto pode também ser responsável pela evacuação súbita, acompanhada ou não de sensação de urgência (BURKS *et al*, 2009).

A terapia na EM pode ser dividida em duas categorias complementares: as terapias modificadoras da doença, direccionadas aos processos fisiopatológicos; e as terapias sintomáticas e de suporte, que procuram melhorar as capacidades funcionais e atenuar as complicações secundárias que possam resultar das deficiências neurológicas irreversíveis (DELISA, 2002). Enquanto as drogas imunomoduladoras visam reduzir as exacerbações e a progressão da EM, a reabilitação procura melhorar e manter as habilidades funcionais das pessoas face à progressão da doença (BURKS *et al*, 2009).

Para as pessoas com EM que apresentem deficits neurológicos significativos, a reabilitação é um aspecto muito importante, contribuindo para a melhoria da função e da qualidade de vida e para atenuar a ocorrência de complicações secundárias agudas e crónicas resultantes de deficiências neurológicas (DELISA, 2002).

Relativamente à função intestinal, o objectivo da reabilitação é estabelecer um padrão intestinal regular e previsível para a defecação, com fezes de consistência moldada e pastosa, o que contribui para evitar tanto a obstipação como a incontinência (BURKS *et al*, 2009).

A EM é uma doença crónica e como tal põe à prova não só a pessoa afectada como também toda a família. A pessoa com EM que antes desempenhava um papel activo pode ser alvo de uma troca de papéis familiares. Esta mudança de papel exige necessariamente uma adaptação por parte de todos os outros elementos da família. Os sentimentos de decepção, medo e irritação são reacções normais à medida que cada membro da família aprende a viver com a EM. As pessoas têm o seu próprio estilo de aceitação, o qual pode ser de difícil compreensão pelos outros membros da família. Uma política familiar de honestidade sobre todos os aspectos de viver com EM pode ser a melhor forma de enfrentar os conflitos (MS-GATEWAY, 2011, <[URL:http://www.ms-gateway.com.pt/](http://www.ms-gateway.com.pt/)>).

1.1.1.3 - As alterações da eliminação na pessoa/família com afecção do foro cardiovascular

As doenças cardiovasculares assumem actualmente particular destaque devido à sua elevada taxa de mortalidade e morbidade, constituindo uma das principais causas de

incapacidade e da redução da qualidade de vida (REDE EUROPEIA DO CORAÇÃO; SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA, 2007, <URL: http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/cartaeuropeiaparaasaudedocoracao_pt.pdf>). São consideradas doenças cardiovasculares o grupo de doenças que afectam o coração e os vasos sanguíneos, nomeadamente as doenças das artérias coronárias (DAC), doenças cerebrovasculares, doenças arteriais periféricas, doenças cardíacas reumáticas, doenças cardíacas congénitas, trombozes venosas profundas e embolia pulmonar (WHO, 2011, <URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>>). De acordo com o mesmo autor, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade em todo o mundo, estimando-se que em 2004 tenham sido responsáveis por 17,1 milhões de óbitos a nível mundial, o que corresponde a 29% do total dos óbitos ocorridos. Destes, 42% correspondem a DAC. Em Portugal, o cenário não é muito diferente. Dados de 2008 evidenciam que 32% dos óbitos foi atribuível a doenças cardiovasculares, sendo 7,4 a percentagem correspondente ao EAM (PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde, 2010)

A DAC pode ser definida como estenose gradual das artérias que fornecem o sangue ao coração (HATCHETT; THOMPSON, 2006) devido a aterosclerose ou vasospasmo, (PHIPPS *et al*, 2003) que pode levar a redução ou obstrução completa do fluxo de sangue através das artérias coronárias (HATCHETT; THOMPSON, 2006). A aterosclerose é a etiologia mais frequente e mais directamente relacionada com o estilo de vida. A incidência de DAC varia conforme situações patológicas comcomitantes e comportamentos que fazem aumentar o risco de DAC. Os factores de risco são, convencionalmente, classificados em não-controláveis e controláveis ou passíveis de intervenção. São factores de risco não-controláveis a idade, o sexo, a raça e a história familiar. Os factores de risco controláveis incluem a diabetes, a hipertensão, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e o stress (PHIPPS *et al*, 2003).

A isquémia do miocárdio acontece quando existe um inadequado fluxo sanguíneo nas artérias coronárias relativamente às suas necessidades metabólicas (CRAWFORD; DIMARCO, 2001). As pessoas com DAC podem apresentar-se assintomáticas; contudo, a manifestação clínica mais comum é a dor retroesternal devido a angina estável ou instável e EAM. A relação entre a redução do fluxo coronário e consequente lesão das células cardíacas pode ser considerado como um continuum. O EAM estará no extremo mais grave, afectando a espessura total do miocárdio.

No sentido de contextualizar a população em estudo apenas será abordada a pessoa/família com EAM, por ser aquela a que mais enfoque foi dado durante o ensino clínico.

A apresentação “clássica” do EAM não é difícil de perceber. Geralmente cursa com dor forte retroesternal, que dura mais de 30 minutos e não é aliviada por nitroglicerina sub-lingual ou repouso. O desconforto pode irradiar ou localizar-se no pescoço, maxilares, costas e ombros. Podem associar-se náuseas e “sensação de morte eminente”. A disfunção autonómica pode originar suores abundantes (HATCHETT; THOMPSON, 2006).

O diagnóstico de EAM é realizado com base na história de apresentação, na avaliação física, no ECG e nos níveis de marcadores bioquímicos cardíacos.

O tratamento das pessoas com EAM mudou profundamente. No início do século passado, as pessoas com EAM enfrentavam longas permanências no leito, com pouca intervenção terapêutica, salvo a analgesia. Hoje, o objectivo do tratamento das pessoas com EAM é induzir o mais precocemente possível a recanalização da artéria obstruída, melhorando assim a perfusão miocárdica e reduzindo o tamanho do enfarte. A terapêutica adicional tem como objectivos minimizar a área de isquémia miocárdica, maximizar a entrega de oxigénio aos tecidos, controlar a dor e a estimulação simpática, contrabalançar os efeitos prejudiciais da reperfusão, preservar a função ventricular e reduzir a mortalidade e morbidade (HATCHETT; THOMPSON, 2006).

De acordo com a Carta Europeia para a Saúde do Coração (REDE EUROPEIA DO CORAÇÃO; SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA, 2007, <URL: http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/cartaeuropeiaparaasaudedocoracao_pt.pdf>) o peso associado da doença cardiovascular estabelecida pode ser reduzido com um diagnóstico precoce, tratamento adequado da doença, reabilitação e prevenção, nomeadamente através do aconselhamento em prol de um estilo de vida mais adequado. Em Portugal, a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, tem incentivado a promoção e a prevenção cardiovasculares, sobretudo secundária e de reabilitação. Os serviços de reabilitação cardíaca (RC) /prevenção secundária têm sido reconhecidos como um componente significativo de um continuum no tratamento de pessoas com doença cardiovascular. A RC consiste num programa a longo prazo que envolve exercício físico, modificação de factores de risco cardíacos, educação e aconselhamento (FERREIRA, 2010). Estes programas são destinados a limitar os efeitos psicológicos e fisiológicos da doença cardíaca, e têm demonstrado ser uma opção terapêutica valiosa ao proporcionar múltiplos benefícios, nomeadamente em termos de capacidade funcional, melhoria do perfil de risco global, lentificação do processo aterosclerótico, aumento do limiar de isquémia com melhoria de sintomas de angina, e mesmo efeitos sobre a mortalidade e novos eventos cardiovasculares (TEIXEIRA; SAMPAIO; BRÍZIDA; MENDES, 2007). Embora a responsabilidade da adesão a um estilo de vida mais saudável seja da pessoa, a família é fonte de apoio fundamental neste processo.

Apesar da recomendação para uma mobilização o mais precoce possível, o repouso no leito é ainda necessário em determinados momentos, nomeadamente enquanto não existe estabilização dos valores das enzimas cardíacas ou durante e após a realização de determinados exames de diagnóstico e tratamento. A imobilidade constitui assim um problema com consequências nefastas importantes; nomeadamente ao nível cutâneo, músculo-esquelético, respiratório, circulatório, gastrointestinal e urinário (OE, 2009).

Ao nível gastrointestinal, o repouso prolongado no leito tem efeitos adversos sobre a motilidade intestinal, predispondo à obstipação. Este problema é também potenciado por

determinados fármacos frequentemente utilizados nos doentes com EAM como os analgésicos e os opióides. Além de desconfortável, a obstipação pode ser potencialmente perigosa para os doentes cardíacos. Para expelir fezes duras, as pessoas empregam a manobra de Valsava, que vai aumentar a pressão intratorácica e diminuir o aporte de sangue ao coração, o que pode causar dor precordial e mesmo paragem cardíaca (BOLANDER, 1998).

Torna-se, deste modo, fundamental que as intervenções de enfermagem de reabilitação foquem também a prevenção de alterações da função de eliminação intestinal, nomeadamente a obstipação, de modo a prevenir complicações evitáveis.

1.1.2 - Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa/família com função intestinal comprometida

Como referido anteriormente, o compromisso da função intestinal provoca frequentemente alterações significativas na vida das pessoas e das suas famílias. Assim, é exigida uma intervenção de enfermagem de reabilitação precoce e consistente, que ajude as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afecção (HESBEEN, 2003).

A reabilitação é um processo activo e criativo centrado na pessoa, que envolve a adaptação às alterações das circunstâncias da vida. É uma actividade partilhada entre a pessoa, a sua família e a equipa interdisciplinar que reconhece a contribuição de todos os envolvidos (ROYAL COLLEGE OF NURSING - RCN, 2000).

De acordo com o REGULAMENTO nº 125/2011, a reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos 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 objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa preservando a sua auto-estima.

Os enfermeiros especialistas em reabilitação devem, deste modo, possuir competências científicas que lhes permitam participar activamente nos projectos de saúde das pessoas/famílias que se encontram a vivenciar processos de saúde/doença incapacitante e/ou de deficiência física, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social, seja qual for a etapa do seu ciclo vital (OE, 2010).

De acordo com o REGULAMENTO nº 125/2011 (p.8658), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação “utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos

cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida”.

A reeducação funcional da eliminação intestinal é um campo de intervenção da enfermagem de reabilitação considerado fundamental para o processo de reabilitação de um modo global e também, para o sucesso da reintegração da pessoa na comunidade, como refere o MASCIP (2009).

Como em todas as áreas da reabilitação, o desenvolvimento de um programa de reeducação da função de eliminação intestinal é um processo que acontece em parceria com a pessoa, focando-se nas suas necessidades com o objectivo da promoção da sua autonomia. O desenvolvimento de um programa individualizado é proporcionado por uma educação direccionada à pessoa, à sua família e aos cuidadores que possam estar envolvidos nos cuidados de saúde (MASCIP, 2009).

A educação à pessoa e/ou cuidador deve iniciar-se o mais precocemente possível, para dar tempo suficiente e oportunidade para se descobrirem e clarificarem os problemas e preocupações. Esta deve proporcionar um conjunto de instrumentos e conhecimentos através dos quais se possam gerir e adaptar os cuidados intestinais a longo prazo com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos. A ênfase está em aumentar os conhecimentos e as competências que as pessoas precisam para retomarem o controlo e responsabilidade pelas suas vidas. Isto pode levar a um maior grau de independência ou, não menos importante, à capacitação da pessoa orientar os cuidados que lhe são dirigidos (RCN, 2009).

Uma vez que a etapa da vida abordada é a idade adulta, torna-se importante “compreender a aprendizagem dos adultos como um processo dinâmico, integrativo e integrador, intrinsecamente articulado com o seu desenvolvimento” (PIRES, 2005, p.143). No ensino de adultos deve ser valorizado o papel da experiência, da autonomia e da reflexividade na aprendizagem, sendo atribuído à pessoa um papel central na sua aprendizagem (PIRES, 2005).

De acordo com KNOWLES (1990, referido em PIRES, 2005) os adultos precisam de conhecer o que necessitam de aprender antes da ocorrência da aprendizagem. Estes manifestam uma disposição para a aprendizagem, tornando-se disponíveis para aprender o que necessitam, de modo a lidar efectivamente com as situações da vida real. Deste modo é fundamental que ocorra uma tomada de consciência das necessidades da aprendizagem, das suas consequências na qualidade de vida e no desempenho futuro.

Assim, o enfermeiro de reabilitação deve agir como um facilitador na apropriação desta consciência pelos adultos. Torna-se então importante realizar ensinamentos sobre a incapacidade e de como esta afecta o controlo intestinal e a qualidade de vida da pessoa, devendo ser abordados a anatomia e a fisiologia do tubo digestivo, de acordo com a capacidade de

aprendizagem de cada pessoa. Com base num programa individualizado, a pessoa deverá ser ensinada, de forma fundamentada, sobre o objectivo e componentes do programa. Os potenciais problemas que possam surgir deverão ser discutidos previamente, assim como as técnicas utilizadas para os resolver, de forma a promover a autonomia da pessoa. É também importante informar as pessoas sobre quando devem consultar o médico ou a enfermeira de reabilitação (HOEMAN, 2011).

Para prestar cuidados de enfermagem individualizados, que satisfaçam as necessidades de cada pessoa, é fundamental a utilização do processo de enfermagem. Este consiste numa série de etapas e acções planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas (BOLANDER, 1998). De facto, ROPER *et al* (1995) consideram a enfermagem individualizada e o processo de enfermagem sinónimos.

A primeira etapa consiste na avaliação inicial. Esta, quando combinada com o conhecimento da função intestinal normal e comprometida, torna-se a base para o sucesso do processo de reabilitação.

Para elaborar um programa de reeducação da função de eliminação intestinal é necessária uma avaliação inicial completa e sistemática da função intestinal, da incapacidade e de possíveis problemas. São vários os factores que devem ser considerados, para que se consiga desenvolver um programa seguro, eficaz e individualizado, dos quais se destacam: a rotina intestinal anterior, o estado físico, os hábitos alimentares, a medicação e o estilo de vida futuro (HOEMAN, 2011).

De acordo com o mesmo autor, os dados colhidos durante a avaliação inicial devem incluir uma descrição detalhada da doença actual, dos problemas intestinais sentidos e da função intestinal actual e anterior. Os hábitos intestinais devem ser revistos, incluindo hora e dia da evacuação, assim como frequência e hábitos pessoais para estimular a defecação. A frequência anterior e o uso de laxantes ou clisteres devem também ser avaliados.

A condição física geral da pessoa deve ser avaliada, enfatizando a causa da incapacidade, a condição neurológica, assim como outros factores que possam afectar a função intestinal, como a sua capacidade para participar num programa de reeducação da função de eliminação intestinal (*idem*).

A avaliação do conhecimento, cognição, função e desempenho deve ser realizada para determinar a capacidade da pessoa para realizar o cuidado intestinal ou direccionar um cuidador para a sua realização de forma segura e eficaz (CALIRI; FURLAN; DEFINO, 2005).

No caso de lesão neurológica, é fundamental determinar a classificação da disfunção intestinal neurogénica de modo a planear um programa intestinal individualizado. Para tal, podem ser realizados vários testes sensoriais e motores, nomeadamente a pesquisa de sensibilidade nadequeira, o reflexo bulbocavernoso e o reflexo anal (HOEMAN, 2011).

Segundo o mesmo autor, a avaliação do abdómen determina a presença ou ausência de sensibilidade, aumento dos órgãos, massas, espasmos ou rigidez dos músculos abdominais e líquidos ou ar na cavidade abdominal. Deste modo, é importante que se realize a inspecção, auscultação, percussão e palpação do mesmo. A avaliação rectal é importante para avaliar a tonicidade do esfíncter, assim como a presença e a consistência das fezes no recto.

A capacidade para se voltar na cama e para ir à casa de banho ou à cadeira higiénica também deverá ser avaliada e, se necessário, devem fazer-se adaptações para permitir o maior grau de independência possível na realização do programa de reeducação da função de eliminação intestinal. A deambulação e a capacidade para realizar as actividades de higiene pessoal influenciam os hábitos intestinais, pelo que também devem ser avaliadas (*idem*).

A alimentação tem uma grande influência na eliminação intestinal. De acordo com HOEMAN (2011) avaliação de hábitos anteriores da pessoa deverá identificar preferências alimentares, rotina normal das refeições, quantidade e tipo de alimentos e líquidos ingeridos, práticas culturais e adequação nutricional.

Alguns medicamentos têm um efeito muito significativo na eliminação intestinal. Frequentemente são prescritos medicamentos como parte do programa intestinal, que amolecem as fezes (emolientes) e as tornam mais volumosas. No entanto, outros medicamentos que a pessoa esteja a tomar também devem ser considerados, uma vez que podem ter efeitos colaterais indesejáveis (HOEMAN, 2011).

Uma vez que a preparação do regresso a casa deverá ser iniciada na sequência do próprio acolhimento, faz sentido que desde cedo se perspetive o estilo de vida futuro da pessoa, para que os objectivos definidos sejam realistas e tenham continuidade após o regresso a casa. A enfermagem de reabilitação tem deste modo, um papel primordial na sua coordenação e no estabelecimento de referências com a comunidade (*idem*).

Segundo o mesmo autor, as pessoas, quando tentam regressar à comunidade, continuam a enfrentar numerosas barreiras. Assegurar uma reintegração na comunidade bem sucedida implica dar atenção às diversas variáveis com impacto nesse processo, nomeadamente a localização geográfica, sistemas de suporte familiar, acesso aos recursos na comunidade, recursos financeiros, barreiras psicossociais e acesso aos serviços de saúde. O envolvimento das pessoas e da família na preparação do regresso a casa é fundamental para o sucesso da reintegração na comunidade. Estes devem ser encorajados a manter o controlo do seu meio ambiente e a assumir a responsabilidade do seu plano de manutenção da saúde e dos seus comportamentos. Além disso, a colaboração com os prestadores de cuidados em casa promove o envolvimento das pessoas e uma reintegração mais efectiva.

Os equipamentos necessários ao programa intestinal devem ser preparados antecipadamente, para que a pessoa possa estar familiarizada com os mesmos de modo a dar continuidade ao programa após o regresso a casa (HOEMAN, 2011).

Após a avaliação inicial, dos dados colhidos, serão realizados os diagnósticos de enfermagem apropriados para a pessoa. No âmbito da função intestinal comprometida, como foi anteriormente referido, os diagnósticos de enfermagem possíveis são: incontinência fecal (desinibida, neurogénica reflexa e neurogénica autónoma), obstipação e diarreia.

Os objectivos da reeducação funcional da eliminação intestinal são estabelecidos com a pessoa e a família e podem variar de acordo com a incapacidade, o tipo de disfunção intestinal e o estilo de vida. De um modo geral, os objectivos que podem ser estabelecidos visam: alcançar um controlo regular da função intestinal numa hora e local planeados sem necessidade de laxantes ou enemas; eliminar ou minimizar as dejeções involuntárias; evitar complicações como diarreia, obstipação e fecalomas, mantendo nutrição, hidratação e actividade adequadas. Nas pessoas com intestino neurogénico desinibido o objectivo é ajudar as pessoas a planear e regular a eliminação intestinal para uma hora em que o êxito seja provável. Nas pessoas com intestino neurogénico reflexo o objectivo é auxiliar as pessoas a estimular a actividade reflexa que propulsiona as fezes para o recto para que ocorra uma dejeção previsível. E nas pessoas com intestino neurogénico autónomo o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve ajudar as pessoas a manter as fezes consistentes e o cólon distal vazio (HOEMAN, 2011).

1.1.2.1 - Componentes de um programa de reeducação da função de eliminação intestinal

Consoante os diagnósticos definidos, são várias as intervenções que os enfermeiros especialistas em reabilitação podem desenvolver. Existem vários factores que vão influenciar a eficácia do treino intestinal e que são comuns aos vários diagnósticos, nomeadamente começar com um intestino “limpo”, o horário, a alimentação e a ingestão de líquidos correcta, o exercício físico, a privacidade, a posição e o uso de medicamentos, se indicado (HOEMAN, 2011).

INTESTINO “LIMPO”

Ao iniciar qualquer programa de reeducação da função da eliminação intestinal é fundamental que o intestino esteja livre de fecalomas. Se estes forem detectados podem ser removidos manualmente, com laxantes ou com enemas de limpeza. Os laxantes ou enemas que podem ser utilizados são os seguintes: leite de magnésio com ou sem cáscara, citrato de magnésio, enema de retenção de sódio, enema de bisacodil ou enema de água com sabão. Uma vez iniciado o programa, não devem ser administrados laxantes ou enemas por rotina, pois o seu uso frequente provoca distensão das paredes do cólon com consequente perda de elasticidade e diminuição da resposta à estimulação reflexa, levando a dependência dos mesmos (HOEMAN, 2011).

PRIVACIDADE

De acordo com ROPER *et al* (1995) a AV eliminar é, na maioria das culturas, realizada em privado. A privacidade facilita o relaxamento, o que por sua vez facilita o acto de defecar. Deve-se procurar que esta seja sempre assegurada da melhor forma possível, uma vez que nem sempre é exequível proporcioná-la plenamente.

HORÁRIO

O estabelecimento de um horário adequado é essencial para o sucesso do programa de reeducação da função de eliminação intestinal. Este deve considerar a rotina anterior da pessoa e o seu estilo de vida futuro, de modo a permitir uma continuidade do plano após o regresso a casa. Também os horários da fisioterapia e outras actividades deverão ser consideradas, de modo a que a pessoa não sinta que a eliminação intestinal é menos importante que qualquer outra actividade do processo de reabilitação, especialmente porque ignorar o desejo para defecar é a principal causa de obstipação. O reflexo gastrocólico também deverá ser considerado na rotina intestinal. Este é mais exuberante após as refeições, pelo que os momentos após o pequeno-almoço, almoço ou jantar são vistos como os mais adequados para a eliminação intestinal. Uma chávena de chá ou café quente, ou uma refeição ligeira também estimulam o reflexo gastrocólico podendo proporcionar uma hora mais conveniente, se o horário após as principais refeições for incómodo (HOEMAN, 2011).

INGESTÃO DE ALIMENTOS E LÍQUIDOS

As preferências pessoais devem, tanto quanto possível, ser consideradas na dieta, que deverá ser rica em nutrientes e bem equilibrada. Uma dieta rica em fibras é indispensável para um programa de reeducação da função de eliminação intestinal bem sucedido e é tão importante para a prevenção da obstipação, quanto para a regulação do trânsito intestinal no caso de incontinência. As fibras, ao reterem a água no intestino na forma de gel, permitem que as fezes sejam volumosas e moles e que atravessem o intestino à velocidade adequada. Os alimentos ricos em fibras são os cereais e pão integrais, vegetais de folhas, legumes, frutos secos com casca e frutos com pele. Não existe consenso entre os diversos autores sobre a quantidade de fibras que constituem uma dieta rica em fibras. O principal é que esta seja individualizada de acordo com as necessidades da pessoa. É importante que as fibras sejam introduzidas gradualmente na alimentação para evitar efeitos desagradáveis, tais como desconforto abdominal, flatulência e diarreia. Ao adicionar fibras a uma dieta é indispensável que a enfermeira de reabilitação conheça capacidade da pessoa para mastigar, uma vez que muitos destes alimentos necessitam de uma mastigação adequada (HOEMAN, 2011).

O farelo é comumente utilizado como laxante expansor de volume, no entanto, este pode ligar-se oralmente com alguns medicamentos, tais como glicosídeos cardíacos, salicilatos, nitrofurantoína e dicumarínicos, reduzindo a sua absorção intestinal, pelo que deve ser tomado em horários separados (*idem*).

De acordo com o mesmo autor, a ingestão de líquidos é também importante para a manutenção das fezes moles. A não ser que a ingestão hídrica esteja condicionada, as pessoas deverão ingerir 2 a 3 litros de água por dia.

EXERCÍCIO FÍSICO

A actividade física é igualmente um factor com elevado impacto sobre a eliminação intestinal. A actividade física aumenta a tonicidade muscular e ajuda ao retorno mais precoce da função intestinal. O repouso prolongado no leito por sua vez, e como foi anteriormente referido, tem efeitos adversos sobre a motilidade intestinal, podendo provocar a retenção de fezes. O estado físico e o tipo de incapacidade vão determinar a aptidão para o exercício. Sempre que possível a pessoa deve ser incentivada a realizar as AV's com o mínimo de assistência de outros de forma a compensar a diminuição do nível de actividade resultante da incapacidade física. A actividade de marcha em curtas distâncias, se viável, pode ser suficiente para estimular a defecação (HOEMAN, 2011).

Além da actividade física geral, podem ser realizados exercícios específicos para fortalecer os músculos abdominais e pélvicos.

O exercício isométrico é uma forma de exercício em que um músculo se contrai e produz força sem uma mudança apreciável no seu comprimento e sem movimento articular visível. Embora não seja realizado trabalho mecânico, uma quantidade mensurável de tensão e força é produzida pelo músculo (KISNER; COLBY, 2009).

Os músculos abdominais desempenham um papel importante no processo de defecação, através do aumento da pressão intra-abdominal.

Para os exercícios isométricos de fortalecimento dos músculos abdominais, a enfermeira de reabilitação deve colocar uma mão sobre o abdómen da pessoa, enquanto esta contrai a musculatura abdominal. A contracção muscular é mantida durante 10 segundos e depois relaxada, durante igual período (KISNER; COLBY, 2009).

Os músculos do pavimento pélvico têm um papel importante no suporte dos órgãos pélvicos, no controlo do esvaziamento urinário e intestinal e na actividade sexual. Os exercícios de fortalecimento dos músculos pélvicos são, deste modo, recomendados para o tratamento da incontinência urinária e fecal (HERBERT, 2010).

Por vezes, é difícil para as pessoas identificarem estes músculos. Uma das técnicas para os identificar é durante a micção, tentar parar o fluxo de urina através da contracção muscular. Outra forma é palpar a pele entre a vagina e o ânus, para as mulheres, sentindo-se um levantamento para cima e para a frente. Os homens podem palpar os músculos pélvicos colocando as pontas dos dedos sobre a pele entre o escroto e o ânus, a contracção correcta faz levantar os testículos. Os músculos abdominais, glúteos e os músculos das coxas não devem contrair-se durante a realização destes exercícios (*idem*).

A pessoa pode realizar os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico deitada de costas com os joelhos dobrados e os pés ligeiramente afastados, sentada, de pé, enquanto caminha, antes e durante as actividades que aumentam a pressão abdominal como tossir, espirrar, levantar-se, flectir-se, entre outras. A contracção muscular deve ser realizada durante 10 segundos, com 10 segundos para relaxar (DOREY, 2009).

É frequente as pessoas susterem a respiração durante a realização dos exercícios isométricos, originando uma subida da pressão arterial, decorrente da realização da manobra de Valsava. Deste modo, é essencial enfatizar a necessidade de manter uma respiração rítmica, e realizar a expiração durante a contracção muscular para minimizar essa resposta (KISNER; COLBY, 2009).

POSICIONAMENTO

O posicionamento tem uma influência directa no acto de defecação. O posicionamento correcto promove o conforto, estimula a defecação favorecida pela força da gravidade e facilita a contracção dos músculos abdominais, aumentando deste modo a pressão abdominal (BOLANDER, 1998).

Sempre que possível, a pessoa deve assumir a posição sentada para defecar. Esta posição fisiológica normal permite que a gravidade favoreça o peristaltismo e a expulsão das fezes (HOEMAN, 2011). A posição sentada favorece também a defecação ao fazer com que o ângulo entre o recto e o canal anal fique menos agudo (DELISA, 2002).

A utilização da arrastadeira segue o mesmo princípio, mas esta não deve ser utilizada a menos que seja absolutamente necessário, principalmente em pessoas com ausência de sensibilidade na região sagrada ou nadegueira. Pessoas que apresentem compromisso da integridade cutânea na região nadegueira ou que não tenham sensibilidade nadegueira ou sagrada deverão evacuar numa fralda, na cama, em decúbito lateral direito, pois a eliminação é facilitada devido à acção da força da gravidade sobre o cólon descendente (HOEMAN, 2011).

Segundo o mesmo autor, a posição de cócoras, com os joelhos ligeiramente mais elevados que a anca, ou a flexão da cintura, também facilitam a progressão das fezes, através do aumento da pressão abdominal. Estes posicionamentos podem estar contra-indicados, nomeadamente em pessoas com prótese total da anca. Se a pessoa apresentar fraqueza dos músculos abdominais, pode colocar-se uma ligadura abdominal para aumentar a pressão.

MANOBRA DE VALSAVA

A manobra de Valsava é definida por KISNER; COLBY (2009) como um esforço expiratório contra a glote fechada. Esta manobra aumenta a pressão abdominal favorecendo a progressão das fezes. No entanto, a pressão intratorácica também aumenta, o que poderá estar contra-indicado nalgumas pessoas, nomeadamente nas que apresentem doença coronária, cerebrovascular e/ou hipertensão arterial.

MASSAGEM ABDOMINAL

A massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio pode ajudar na estimulação e aceleração do processo de defecação e tem sido considerada útil por pessoas com as mais variadas incapacidades e idades (HOEMAN, 2011). Estudos recentes têm demonstrado que a massagem abdominal produz uma resposta mensurável no recto e ânus (COGGRAVE, 2008). A massagem abdominal pode ser realizada antes e durante a eliminação intestinal.

ESTIMULAÇÃO DIGITAL E MEDICAMENTOSA

Quando as tentativas para induzir a defecação não são eficazes é preciso desenvolver acções adicionais para a estimular. Os medicamentos são prescritos pelos médicos, contudo podem ser desenvolvidos protocolos que especifiquem limites e orientações que permitam aos enfermeiros fazer ajustamentos de acordo com a resposta individual da pessoa (HOEMAN, 2011).

Os supositórios são utilizados para desencadear o esvaziamento reflexo intestinal. Para que produzam o efeito desejado, devem ser colocados de modo a ficarem em contacto com a parede intestinal, pelo que se deve assegurar que não existem fezes em excesso no recto, as quais devem ser removidas se forem identificadas (HOEMAN, 2011). Os mais usados são os de glicerina e os de bisacodilo, que actuam como irritantes locais para estimular a secreção mucosa gastrointestinal (BOLANDER, 1998).

No caso de pessoas com intestino neurogénico reflexo e logo que existam ruídos hidroaéreos, a actividade física aumente e sejam tolerados líquidos e alimentos, incluídos os ricos em fibras, é possível administrar um supositório diariamente para activar uma dejectão reflexa. Desde que seja seguro, a administração do supositório pode ser alterada para cada dois ou três dias, desde que a consistência das fezes permaneça mole. Quando as dejectões são pouco frequentes, torna-se necessário despistar sinais de fecalomas ou de obstipação que podem surgir (HOEMAN, 2011).

Quando os músculos abdominais estão fracos ou paralisados podem ser necessários emolientes e expansores de volume para facilitar a dejectão. No entanto devem ser evitados purgantes fortes. À medida que a actividade for aumentando é expectável que a necessidade de recurso a medicamentos seja menor (HOEMAN, 2011).

Os laxantes são usados para induzir o esvaziamento do intestino. Estes incluem os emolientes, os expansores de volume, os laxantes de contacto e os laxantes osmóticos. Os emolientes das fezes e os expansores de volume são muitas vezes prescritos para ajudar no estabelecimento de um programa de reeducação da eliminação intestinal. Os laxantes expansores de volume fecal absorvem água e aumentam o volume do conteúdo intestinal. Este aumento distende a parede abdominal, estimulando deste modo o peristaltismo. São, assim,

úteis na presença de fezes duras e obstipação ou quando as dejeções são frequentes e pastosas, de modo a torná-las moles e volumosas. Estes são os mais naturais e os menos irritantes, sendo o farelo um exemplo vulgarmente utilizado. Os laxantes osmóticos contêm sais e açúcares pouco absorvíveis, que por acção osmótica, chamam água para o intestino aumentando o volume fecal e lubrificando as fezes. São exemplos a lactulose, o hidróxido de magnésio e o citrato de magnésio. Devido à utilização de sais e à intensidade da acção, os agentes osmóticos são geralmente contra-indicados em pessoas com doenças renais, cardíacas e inflamatórias do intestino. Os laxantes de contacto ou estimulantes incluem o bisacodilo e o sene. Os seus efeitos parecem resultar de acção inespecífica (“efeito detergente”) sobre as membranas celulares (BOLANDER, 1998).

Devido à tendência para causarem atonia do cólon, os laxantes não devem ser administrados por rotina, sendo o objectivo final de qualquer programa intestinal a continência e o controlo sem a necessidade de medicação (HOEMAN, 2011).

A estimulação digital é uma técnica utilizada para induzir a contracção reflexa do cólon e o relaxamento muscular do esfíncter anal, dando origem à evacuação. Nos programas bem sucedidos, podem substituir-se os supositórios logo que esteja estabelecido um padrão de defecação por resposta reflexa. Pode também ser utilizada para desencadear uma evacuação quando um supositório não produz resultados dentro de 15 a 20 minutos ou para garantir o esvaziamento completo do cólon após uma dejeção. Nas pessoas com TVM, susceptíveis à disreflexia, pode ser utilizado cloridrato de dibucaína para diminuir a sua incidência durante este procedimento (HOEMAN, 2011).

É fundamental efectuar uma avaliação contínua do estado da pessoa e alterar o programa de reeducação da função de eliminação intestinal quando se verifique necessário. Contudo, as mudanças não devem ser realizadas antes de, pelo menos 5 a 7 dias de duração, e apenas uma de cada vez, para permitir identificar correctamente a resposta da pessoa a cada intervenção.

Os registos são fundamentais para avaliar a eficácia do programa. É essencial realizar registos precisos e pormenorizados que traduzam a evolução dos cuidados de enfermagem prestados de modo a fundamentar as mudanças adequadas e a detectar os padrões de eliminação seguros (HOEMAN, 2011). É importante registar a data, hora do início do programa, posição, método de estimulação, técnicas auxiliares, tempo para os resultados, quantidade, consistência e cor das fezes e outros aspectos, tais como problemas com movimentos intestinais não planeados, cólicas abdominais, dor espasmos musculares, úlceras de pressão, hemorróidas ou sangramento (CALIRI *et al*, 2005).

2 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA COM RECURSO À REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Na actualidade, o conhecimento está em constante evolução e é necessário incorporar os recentes contributos da investigação na prática diária, de forma a proporcionar às pessoas os melhores cuidados.

A prática baseada na evidência consiste no uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência actual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual da pessoa (ATALLAH; CASTRO, 1998). O seu objectivo consiste na melhoria dos cuidados prestados, através da identificação e promoção de práticas adequadas em detrimento das ineficientes ou prejudiciais e minimização da lacuna entre a geração da evidência e a sua aplicação na prática (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). O processo de tomada de decisão baseada na evidência considera a combinação dos resultados da investigação, as preferências da pessoa, a experiência clínica do profissional e os recursos disponíveis (THOMPSON; CULLUM; MCCAUGHAN; SHELDON; RAYNOR, 2003).

A revisão sistemática da literatura representa a utilização de um método padronizado para sintetizar os dados de múltiplos estudos primários. De acordo com MELNYK e FINEOUT-OVERHOLT (2005) a revisão sistemática da literatura consiste num resumo dos resultados da investigação sobre um tema específico utilizando um processo rigoroso para a procura, análise, avaliação e síntese, para responder a uma pergunta em formato PI[C]O.

A procura de evidência requer adequada definição da pergunta de pesquisa e criação de estrutura lógica para a pesquisa bibliográfica de evidências na literatura, que facilitem e maximizem o alcance da pesquisa (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

2.1 - METODOLOGIA

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a seguinte pergunta de investigação em formato PI[C]O: **"De que forma a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação promove a reeducação da função de eliminação intestinal da pessoa adulta com afecção neurológica (EM ou TVM) e cardiovascular (EAM)?"**

Para a pesquisa foi utilizada a plataforma internacional EBSCO (CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text). Foram procurados artigos científicos em Texto Integral em Novembro de 2011, retrospectivamente até 2005, usando as seguintes palavras-chave: Nursing; Constipation e Fecal Incontinence. Estas foram utilizadas de acordo com a seguinte orientação: (Nurs* AND Constipation) e (Nurs* AND Fecal Incontinence).

Foram obtidos através desta pesquisa um total de 571 artigos, que foram analisados segundo critérios de inclusão e exclusão previamente estipulados.

Como critérios de inclusão privilegiaram-se os artigos com cerne na problemática da pessoa adulta com afecção neurológica (EM ou TVM) e cardiovascular (EAM), com alterações da função intestinal, nomeadamente incontinência fecal ou obstipação, com recurso a metodologia qualitativa e/ou quantitativa ou revisão sistemática da literatura, que clarificassem as intervenções do enfermeiro de reabilitação no âmbito da reeducação da função de eliminação intestinal. Como critérios de exclusão verificaram-se todos os artigos que não apresentem metodologia científica, ou que esta se apresente pouco clara, artigos repetidos nas duas bases de dados, com data anterior a 2005, publicados em língua que não fosse a portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola e todos aqueles sem co-relação com o objecto de estudo. O percurso metodológico encontra-se descrito no Anexo I.

Características dos estudos incluídos

Para tornar perceptível e transparente a metodologia utilizada encontra-se, seguidamente um resumo dos 3 artigos que foram seleccionados e considerados pertinentes para o estudo. Os artigos na sua íntegra encontram-se no Anexo II. Para classificar a metodologia de cada estudo foi utilizada uma escala de 6 níveis de evidência (GUYATT; RENNIE, 2002).

| | |
|---------------|---|
| ESTUDO | Bowel management in patients with spinal cord injury - a multicentre study of German speaking society of paraplegia (DMGP) Haas, U.; Geng, V.; Evers, G.C.M.; Knecht, H. (2005) |
| PARTICIPANTES | 29 instituições de reabilitação para pessoas com TVM, na Austrália, Alemanha, Holanda e Suíça, num total de 837 pessoas internadas |
| INTERVENÇÕES | Foi analisado o controlo do intestino em pessoas com TVM, especialmente a ocorrência de evacuações intestinais não planeadas e duração da evacuação intestinal planeada. |

| | | |
|--------------------|--|--------------------------------------|
| RESULTADOS | <p>Mais dejetões não planeadas foram associadas ao uso de laxantes orais, assim como a dejetões diárias, ou dia sim, dia não.</p> <p>Menos dejetões não planeadas foram associadas a remoção manual de fezes combinadas com estimulação digital e dejetões espontâneas.</p> <p>Dejetões mais rápidas (<60 min.) foram associadas a remoção manual de fezes, evacuar na posição sentada e menor frequência das dejetões (≥ 3 dias).</p> <p>Dejetões mais demoradas (> 60 min.) foram associadas ao uso de laxantes orais e perda completa da função sensitiva.</p> <p>Fezes de consistência firme foram associadas a remoção manual de fezes, remoção manual de fezes combinada com estimulação digital e com a defecação na posição sentada.</p> <p>Fezes de menor consistência foram associadas a perda completa da função sensitiva.</p> | |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA | IV | TIPO DE ESTUDO - Estudo quantitativo |

| | | |
|---------------|--|--|
| ESTUDO | <p>Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: a randomized controlled feasibility study</p> <p>McClurg, D.; Hagen, S.; Hawkins, S.; Lowe-Strong, A. (2011)</p> | |
| PARTICIPANTES | 30 pessoas com EM | |
| INTERVENÇÕES | <p>Foram aplicados questionários por via telefónica e os participantes preencheram também um diário sobre o treino intestinal, de modo a determinar a viabilidade de realizar massagem abdominal em pessoas com EM.</p> | |

| | | |
|---------------------------|--|---|
| <p>RESULTADOS</p> | <p>Ambos os grupos demonstraram uma diminuição na pontuação do Constipation Scoring System (CSS), indicando uma melhoria nos sintomas de obstipação. No entanto, o grupo sujeito a massagem abdominal apresentou melhorias significativamente maiores que o grupo de controlo.</p> <p>Os resultados deste pequeno estudo sugerem um efeito positivo da massagem abdominal no alívio dos sintomas da obstipação em pessoas com EM, e apoiam a viabilidade de um estudo com uma amostra maior para confirmar estes resultados.</p> | |
| <p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</p> | <p>II</p> | <p>TIPO DE ESTUDO - Estudo controlado randomizado</p> |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| <p>ESTUDO</p> | <p>An overview of bowel care: constipation Foxley, S.; Vosloo, R. (2008)</p> | |
| <p>PARTICIPANTES</p> | <p>Pessoas com obstipação</p> | |
| <p>INTERVENÇÕES</p> | <p>Revisão da literatura</p> | |
| <p>RESULTADOS</p> | <p>Cuidar de pessoas que têm obstipação é uma característica comum da prática de enfermagem. Para algumas pessoas isso é parte essencial do seu processo de reabilitação.</p> <p>A obstipação é o maior problema de saúde, especialmente em pessoas de risco, como os idosos, pessoas com diminuição da mobilidade, com problemas neurológicos e que vivem em lares.</p> <p>O uso de uma abordagem estruturada na avaliação das pessoas com alterações da função de eliminação intestinal de acordo com orientações baseadas em evidências é fundamental.</p> | |
| <p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</p> | <p>VI</p> | <p>TIPO DE ESTUDO - Revisão da literatura</p> |

3 – ENSINO CLÍNICO: ANÁLISE REFLEXIVA

Considerando que as competências se desenvolvem em acção, através de um processo contínuo de problematização das práticas profissionais, o ensino clínico deve constituir uma circunstância de excelência de formação, centrando-se essencialmente na mobilização e na análise dos saberes.

O Estágio II, que se insere na Unidade Curricular - Estágio II e Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi desenvolvido, de acordo com o plano de estudos do referido curso, em contextos de pessoas com alterações neurológicas (traumáticas e não traumáticas) e num contexto específico da enfermagem de reabilitação. Este tem como objectivos gerais:

↳ Desenvolver competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas interdisciplinares, à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular e neurológica e neuro-traumatológica 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 da enfermagem de reabilitação.

De forma a garantir a aquisição de competências nos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, em diferentes contextos e em diferentes situações de saúde e/ou de risco, os estágios foram realizados sob orientação / supervisão de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que participa na prestação de cuidados especializados.

Este capítulo compreende, deste modo, uma análise reflexiva ao ensino clínico desenvolvido, onde será evidenciado o confronto dos objectivos traçados nos respectivos projectos de estágio (Anexo III) e o desempenho pessoal e profissional ao longo desse período. Procuramos demonstrar o percurso desenvolvido, nomeadamente as actividades realizadas, as estratégias utilizadas e as competências adquiridas.

Começaremos por abordar o desenvolvimento das competências comuns às várias especialidades em enfermagem, seguindo-se as competências específicas da enfermagem de reabilitação.

O contributo da revisão sistemática da literatura para a resposta à pergunta PI[C]O elaborada será incluído na análise reflexiva ao ensino clínico, nomeadamente em cada contexto de estágio.

O enfermeiro especialista possui 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, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (REGULAMENTO nº 122/2011, p. 8648).

Transversais a todos os enfermeiros especialistas, existe um conjunto de competências comuns que devem ser desenvolvidas e “demonstradas através de uma elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados, e ainda através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (REGULAMENTO nº 122/2011, p. 8649). Estas competências situam-se nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De forma a não descurar estes domínios procurámos, durante o decorrer dos estágios desenvolver actividades que permitissem o desenvolvimento de competências nestes domínios.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pressupõe que o enfermeiro especialista desenvolva uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, bem como promova práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A enfermagem e os cuidados de saúde de qualidade exigem um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano. “Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” (WATSON, 2002, p. 55). Deste modo procurámos manter um processo efectivo de cuidados, utilizando as melhores práticas e promovendo o respeito pelos direitos das pessoas, visando o alcance das suas necessidades de acordo como os seus ideais de vida.

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem tem merecido uma preocupação crescente, sendo actualmente, vários os itens passíveis de ser avaliados, constituindo os indicadores de qualidade. Os enfermeiros especialistas, pela sua formação, devem possuir competências no âmbito da avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado. Durante o estágio apenas foi possível desenvolver actividades que permitissem a avaliação de indicadores de resultados, nomeadamente no que respeita a quedas, úlceras de pressão e dor.

As quedas são eventos que podem levar a um aumento do nível de dependência da pessoa, o que tem consequências tanto a nível económico como social. A maioria delas podem ser prevenidas e este é um foco sensível aos cuidados de enfermagem, constituindo um importante indicador da qualidade dos mesmos. Para evitar as quedas, é necessário identificar correctamente os doentes com maior risco para desta forma se fazer um correcto planeamento das medidas preventivas necessárias.

No CMR Sul o risco de queda é avaliado em todos os utentes, através da avaliação do equilíbrio, sendo-lhes atribuída uma faixa colorida, para que todos saibam como é que este se pode deslocar. Quando existe risco moderado de queda, é atribuída a faixa amarela e a pessoa só pode deslocar-se pelo serviço e pela instituição acompanhado por um funcionário. No caso de risco elevado de queda é atribuída uma faixa vermelha que indica que a pessoa necessita de ser sempre acompanhada por terapeuta ou enfermeiro. Este é um sistema simples, mas eficaz, pois muitas vezes os utentes têm tendência a negligenciar o seu risco de queda.

MORSE (2009) considera que o risco de queda aumenta linearmente com o número de factores de risco. O mesmo autor identificou 6 factores de risco na sua escala (Escala de Morse), sendo eles a história de queda nos últimos 3 meses, a presença de diagnósticos secundários, a necessidade de ajuda na mobilização, a necessidade de terapêutica endovenosa, as características da marcha e o estado mental. Esta escala é também de fácil aplicação e foi utilizada durante os estágios na UCIC do HSM e na UCIP do HSF.

No caso de se verificar uma queda esta deverá ser reportada como não conformidade. A análise destes dados é importante para se redefinirem estratégias que garantam o cumprimento dos objectivos de qualidade, tendo o enfermeiro especialista um importante papel na realização de auditorias clínicas e na identificação de oportunidades, estabelecimento de prioridades e selecção de estratégias de melhoria da qualidade.

As úlceras de pressão são outro item a considerar no que respeita à garantia da qualidade dos cuidados. No sentido de avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, em todos os contextos, aplicámos a Escala de Braden. Esta escala avalia 6 factores: mobilidade, actividade, humidade, percepção sensorial, nutrição e fricção e cisalhamento. Através da percepção da dimensão do risco, foi possível instituir cuidados preventivos precocemente, evitando a ocorrência de úlceras de pressão e as suas conhecidas consequências.

A dor, além de um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem, é um sinal vital que deve ser frequentemente monitorizado. Na pessoa com afecção cardiovascular a avaliação da dor é uma preocupação constante, motivada também pela necessidade de despiste de dor precordial. No contexto de pessoas com afecções neurológicas traumáticas, nomeadamente no caso de TVM, a avaliação da dor abaixo do nível neurológico é apenas

realizada com o intuito diagnóstico. Para a avaliação da dor, utilizámos a Escala Numérica de Avaliação da Dor, que apesar de subjectiva, constitui um importante instrumento de avaliação deste sinal vital. Nas situações em que a pessoa se encontra sedada, usámos a Escala de Sedação de Ramsay que define o nível de sedação bem como de analgesia. Esta escala tem 6 níveis que vão do nível 1 que traduz uma sedação e analgesia insuficiente, quando a pessoa se encontra ansiosa/agitada ao nível 6 em que a pessoa se encontra fortemente sedada, com ausência de resposta (coma farmacológico). Em ambos os contextos de Cuidados Intensivos foi verificada uma preocupação constante por parte das equipas em otimizar a analgesia, e em iniciar precocemente o desmame da sedação, possibilitando à pessoa estar desperta e mais colaborante, sem queixas álgicas.

Para o desenvolvimento das competências no domínio da gestão dos cuidados, foi facilitador acompanhar o enfermeiro cooperante do estágio em contexto de pessoas com afecções neurológicas não traumáticas, em algumas das suas funções de coordenação.

Uma dessas funções consistiu em avaliar o índice de gravidade dos doentes internados e a “carga de trabalho” de enfermagem através do Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS 28). O TISS 28 é um sistema de medida de gravidade e de “carga de trabalho” de enfermagem em unidades de cuidados intensivos (UCI) e tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasividade e tempo dispensado pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos na pessoa em estado crítico (PADILHA *et al*, 2005). Este instrumento é composto por sete categorias de intervenções às quais são atribuídas pontuações consoante o tempo necessário a disponibilizar. Cada ponto equivale a 10,6 minutos de um turno de 8 horas. O TISS 28 é aplicado diariamente na UCIP, no entanto os seus resultados não traduzem a dotação de enfermeiros no serviço, sendo este estipulado pela direcção de enfermagem, não estando sujeito a alterações consoante a “carga de trabalho” do serviço. Contudo, ficou a experiência que permitiu o desenvolvimento de competências relacionadas com a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros especialistas têm uma responsabilidade acrescida no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, devendo basear a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Estes possuem competências que lhes permitem actuar como dinamizadores e gestores da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa de modo a obter ganhos em saúde dos cidadãos (REGULAMENTO nº 122/2011). A aprendizagem em contexto de trabalho consiste numa forma de integrar os conhecimentos teóricos adquiridos pelos diferentes enfermeiros que integram a equipa e é essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional tendo repercussões ao nível da melhoria do desempenho e qualidade dos serviços prestados.

A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação da equipa de enfermagem da unidade enquanto um grupo profissional com objectivos comuns, e das necessidades individuais de cada elemento. Neste sentido, procurámos fazer uma análise sobre o trabalho desenvolvido em ambas as UCI onde foram realizados os estágios, abordando os vários elementos da equipa a fim de identificar as necessidades de formação.

Na UCIP do HSFX a formação em serviço é muito valorizada e existe anualmente um plano de formação que procura responder às necessidades sentidas pelos vários elementos da equipa. Neste sentido, foi-nos proposto a realização de um levantamento das necessidades de formação da equipa de enfermagem no âmbito da enfermagem de reabilitação, assim como os aspectos positivos encontrados no serviço. O resultado deste trabalho encontra-se no Anexo IV.

Pela análise realizada no contexto de pessoas com afecções do foro cardiovascular, pudemos constatar que os registos de enfermagem de reabilitação a outros doentes que não sejam os incluídos no programa de reabilitação cardíaca (PRC) não eram realizados formalmente. Uma vez que existia já no serviço um programa perioperatório que abordava as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, mas que não estava ainda trabalhado de forma a ser operacionalizável, criámos uma folha de registos de enfermagem de reabilitação (Anexo V) de forma a facilitar o registo dos cuidados prestados a estas pessoas. A folha foi avaliada e ajustada às necessidades dos enfermeiros especialista em reabilitação do serviço, de forma a responder às expectativas dos seus utilizadores.

Esta folha pretende ser facilitadora da recolha de informação que evidencie as necessidades de cuidados de enfermagem e possibilite a tomada de decisão. Ao mesmo tempo tem o propósito de identificar as intervenções de enfermagem realizadas e os resultados sensíveis às mesmas. Ao se apresentar de uma forma esquemática, com possibilidade de registo de vários dias, permite também dar visibilidade à continuidade dos cuidados.

No sentido de desenvolver uma sólida base de conhecimentos no âmbito da enfermagem de reabilitação que sustente uma prática especializada participámos na Reunião Conjunta de Reabilitação Cardíaca e Respiratória do Grupo de Estudo de Fisiopatologia de Esforço e Reabilitação Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia e da Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Esta proporcionou um importante momento para aprofundar conhecimentos e partilhar experiências.

Foi interessante perceber a aliança que pode existir entre a RC e respiratória, permitindo a rentabilização de recursos económicos e humanos e ao mesmo tempo possibilitando uma visão mais holística da pessoa.

A qualidade de vida foi abordada por Neil Oldrige como sendo um dos mais importantes indicadores para avaliar os benefícios da RC. Também Paula Simão considera que melhor que os resultados das provas respiratórias, os benefícios da reabilitação respiratória devem ser determinados através da avaliação da qualidade de vida das pessoas.

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um constructo distinto que se refere ao impacto das condições de saúde/doença e dos seus sintomas na qualidade de vida da pessoa. Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida fornecem uma apreciação da vivência da pessoa em relação aos seus problemas de saúde em áreas como a função física, social, emocional, desempenho de papéis, dor e fadiga. Este conceito baseia-se na avaliação subjectiva da pessoa, mas relaciona-se com o impacto do estado de saúde sobre a capacidade da pessoa viver plenamente (ANDRÉ, 2005).

Num país em que a RC chega a menos de 3% dos doentes com indicação (FERREIRA, 2010) foi abordada a questão da motivação para a adesão aos programas de reabilitação e da mudança de atitudes e comportamentos dos vários elementos da equipa interdisciplinar, doentes e profissionais de saúde.

A partilha de conquistas e dificuldades realizada nesta reunião científica constituiu um momento de crescimento para quem deseja abraçar esta área.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação estas foram desenvolvidas de acordo com o preconizado pelo REGULAMENTO nº 125/2011, que além de enquadrar a intervenção do enfermeiro de reabilitação no processo de cuidados, define como suas competências específicas: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita as pessoas com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição para a participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

As competências específicas adquiridas durante o período de ensino clínico decorreram das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde das pessoas com necessidades especiais, nomeadamente portadoras de deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação na sociedade. Estas foram demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação possui um nível elevado de conhecimentos e uma experiência acrescida que lhe permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (REGULAMENTO nº 125/2011).

“A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas...” (REGULAMENTO nº 125/2011, p. 8658).

Das actividades realizadas longo dos estágios, existem algumas que foram transversais a todos os contextos e que vou abordar conjuntamente. Posteriormente serão abordadas as actividades específicas desenvolvidas em cada contexto de estágio.

Com o intuito da satisfação das necessidades das pessoas e resolução dos seus problemas de enfermagem de reabilitação, utilizámos o processo de enfermagem como estruturador da prestação de cuidados.

Considerando que a missão da reabilitação em geral, e da enfermagem de reabilitação em particular, consiste em “ajudar a pessoa a criar uma maneira de viver portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que se encontra, seja qual for o estado do seu corpo ou a natureza da sua afecção” (HESBEEN, 2003, p.76), é imperativo perceber quais as expectativas que esta possui e se são ou não realistas. Para tal foi necessário proceder a uma avaliação objectiva e sistemática da pessoa, sendo competência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações da actividade e incapacidades (REGULAMENTO nº 125/2011).

A avaliação inicial é um processo sistemático, organizado e contínuo de colheita de dados, a partir de diversas fontes (BOLANDER, 1998). Deste modo, começámos por fazer uma avaliação o mais completa possível, colhendo dados junto do processo clínico, dos familiares e da própria pessoa, de modo a avaliar as suas necessidades individuais e da sua família.

A avaliação funcional é central para a natureza e direcção do planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Os avanços recentes da reabilitação realçam a base científica em que hoje se baseia a avaliação global da pessoa. Para uma rigorosa avaliação, procurámos utilizar escalas reconhecidas internacionalmente. Existem vários instrumentos de avaliação funcional, sendo os mais utilizados a FIM e o Índice de Barthel. No CMR Sul a FIM é a escala utilizada, a qual tivemos oportunidade de aplicar sistematicamente. Esta escala engloba um extenso leque de itens relativos ao autocuidado, nomeadamente a alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a metade superior do corpo, vestir a metade inferior do corpo, eliminação vesical e intestinal, entre outros. Para cada item existem 7 níveis, 2 de independência e 5 de dependência. O nível 1 corresponde a uma necessidade de assistência total enquanto que o nível 7 representa a autonomia para desempenhar a tarefa em tempo adequado (HOEMAN, 2011). A utilização desta escala requer

algum treino, sendo por vezes necessário recorrer ao manual para esclarecer algumas dúvidas pois existem muitos pormenores, mas correctamente utilizada permite a todos os elementos da equipa compreender o estado e a evolução da pessoa.

Nos outros contextos foi utilizado o índice de Barthel, por ser aquele que era já aplicado pelos enfermeiros na avaliação funcional da pessoa. O Índice de Barthel mede a capacidade de desempenho na mobilidade, autocuidado e continência através da avaliação de 10 itens (HOEMAN, 2011). Esta escala, apesar de não ser tão minuciosa como a FIM, fornece rapidamente dados importantes acerca da capacidade de desempenho independente, o que é facilitador para a avaliação e monitorização da evolução da pessoa no que respeita aos domínios mensurados.

No CMR Sul a avaliação neurológica e classificação do nível de lesão medular segundo a American Spinal Injury Association (ASIA) são realizadas pelo fisiatra responsável no início do internamento. Estes dados fornecem informações importantes, que são incluídas na avaliação de todos os elementos da equipa interdisciplinar. Durante o ensino clínico foi possível participar nesta avaliação em conjunto com o médico.

Para avaliar o estado de consciência, utilizámos a Escala de Coma de Glasgow e em doentes sedados a Escala de Sedação de Ramsay.

Em todos os contextos, foi utilizada a Escala de Força Muscular de Lower, fortemente disseminada entre os enfermeiros especialistas em reabilitação, com o intuito de avaliar a força muscular inicial, assim como monitorizar a sua evolução ao longo do processo de reabilitação.

Para avaliar a intensidade dos exercícios realizados, utilizámos a Escala de Borg. Esta é uma escala subjectiva de percepção do grau de desconforto respiratório durante o exercício, muito utilizada quando não existe uma relação linear entre a frequência cardíaca (mais objectiva na avaliação da intensidade exigida pelos exercícios) e o consumo de oxigénio, nomeadamente nas pessoas com fibrilhação auricular ou portadores de pacemaker, ou quando estas não conseguem monitorizar a sua frequência cardíaca (BLACKBURN, HARVEY, DAFOE; SQUIRES, 1999).

Em RC a avaliação dos critérios de inclusão no programa é extremamente importante para a selecção das pessoas. Durante a realização do mesmo é também fundamental uma avaliação sistematizada para monitorizar a evolução, assim como para identificar situações em que seja necessária a sua suspensão por deterioração da condição clínica da pessoa.

A avaliação foi fundamental para a realização dos diagnósticos de enfermagem e para todo o planeamento seguinte. Após a identificação e validação das necessidades da pessoa e das suas potencialidades, definimos as estratégias a implementar, os resultados esperados

considerando as metas a atingir e prestámos cuidados de acordo com os planos elaborados, nas várias áreas de intervenção delineadas no projecto. É esperado que o enfermeiro de reabilitação possua competência ao nível da concepção e implementação de planos de intervenção com o objectivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (REGULAMENTO nº 125/2011). As intervenções específicas realizadas em cada contexto de estágio serão abordadas adiante.

A realização de registos de enfermagem de reabilitação foi uma actividade transversal aos vários contextos de estágio. Os registos devem “consistir numa descrição precisa e global do utente e dos factos ocorridos durante o período da prestação dos cuidados” (BOLANDER, 1998, p. 598). De acordo com o mesmo autor, é da responsabilidade da enfermagem fornecer dados de elevada qualidade. Estes podem ser vitais para a continuidade dos cuidados individualizados ao utente e para a efectivação da melhoria dos cuidados de saúde na sociedade como um todo. A realização e preservação dos registos de enfermagem são fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente para o planeamento dos cuidados; a comunicação de informação centralizada sobre a implementação dos cuidados e a resposta das pessoas aos mesmos; a realização de auditorias e de investigação.

De um modo geral, os registos de enfermagem de reabilitação foram realizados nas notas de evolução, após os registos de enfermagem referentes aos cuidados gerais. Na UCIC, os registos de enfermagem de reabilitação foram realizados num impresso próprio, facto que proporciona registos mais concisos e mais facilmente localizáveis garantindo uma gestão mais eficaz da informação. Na UCIP estavam a ser dados os primeiros passos na utilização da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) como forma melhoria da documentação dos cuidados. A utilização da CIPE confere uma maior visibilidade às intervenções dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, tornando-se importante uma maior aposta nos sistemas de informação de modo a uniformizar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem de reabilitação para assim obter mais e melhores indicadores e resultados, essenciais à boa gestão e ajuda à tomada de decisão.

3.1 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOAS COM AFECÇÕES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS

Relativamente ao contexto de pessoas com afecções neurológicas traumáticas, o ensino clínico desenvolveu-se no CMR Sul, de 4 a 29 de Outubro de 2010, num total de 100h de presença em contexto clínico.

O CMR Sul é uma unidade especializada da rede de referência hospitalar de medicina física e de reabilitação do Serviço Nacional de Saúde. Este destina-se prioritariamente à reabilitação de pessoas com TVM, Traumatismos Crânio Encefálicos, lesões encefálicas não traumáticas e AVC.

A missão do CMR Sul é prestar cuidados diferenciados de reabilitação a pessoas portadoras de grande limitação funcional, nos regimes de internamento, hospital de dia e ambulatório. Esta instituição pressupõe a prestação integrada de todos os serviços que a pessoa deva beneficiar, relacionados com o seu estado de saúde ou a sua estadia no Centro, no âmbito do tratamento de reabilitação. O seu principal objectivo é restituir a pessoa à sua família e ao seu ambiente habitual com o maior grau de autonomia possível, prevenindo complicações futuras e mantendo a pessoa activa e participante.

A opção por este local de estágio deveu-se ao facto deste ser uma referência a nível nacional e internacional na prestação de cuidados de saúde a pessoas com lesões neurológicas traumáticas, sendo o único centro do país com a certificação de qualidade da Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF).

As pessoas com TVM apresentam frequentemente alterações a nível da respiração, por fraqueza dos músculos respiratórios com consequente diminuição da ventilação pulmonar e dificuldade em expelir as secreções. A reeducação funcional respiratória e a drenagem postural são procedimentos terapêuticos que tivemos oportunidade de praticar com estas pessoas. Sempre que possível envolvemos a família de forma a promover a continuidade dos cuidados e prevenir complicações após o regresso a casa.

A drenagem postural clássica que utiliza o declive para a eliminação de secreções, causa-nos algumas reticências (talvez influência do contexto onde exercemos funções: a Cardiologia), o que nos levou a pesquisar sobre este assunto. NAYLOR; CHOW; MCLEAN; HEARD; AVOLIO (2005), no seu estudo sobre a resposta cardiovascular à posição de declive em pessoas saudáveis em diversas idades, concluiu que esta pode ser perigosa em pessoas com diminuição da reserva cardíaca e do barorreflexo. Nestes casos a drenagem postural modificada poderá atenuar a sobrecarga cardiovascular, constituindo uma alternativa à drenagem postural clássica. Desta inquirição ainda não totalmente esclarecida, também por

Cátia Alexandre

falta de estudos conclusivos, fica a tónica que no caso de dúvida, quando não se conseguem determinar os critérios de exclusão para a aplicação desta técnica, que por si já são vastos, o mais seguro é utilizar a técnica de drenagem postural modificada.

A imobilidade é um problema frequente nas pessoas com alterações neurológicas de causa traumática. Os posicionamentos permitem prevenir as complicações que daí advêm, nomeadamente ao nível cutâneo, músculo-esquelético, respiratório, circulatório, gastrointestinal e urinário (OE, 2009). Os exercícios de mobilidade articular são fundamentais para manter a integridade da estrutura articular, a amplitude de movimentos e a flexibilidade. Sempre que a força e a sensibilidade se encontravam mantidas incentivámos a pessoa a realizar mobilizações activas de modo a melhorar a imagem psico-sensorial e psico-motora. O contexto de ensino possibilitou também o desenvolvimento de competências ao nível das transferências da pessoa com paraplegia, tetraplegia e diminuição da força muscular.

Em relação à eliminação vesical e intestinal, a equipa de enfermagem tem um papel activo no sentido de desenvolver intervenções que promovam a autonomia e auto-estima das pessoas com bexigas e intestinos neurogénicos. Numa fase inicial a algaliação vesical permanente pode ser uma opção, mas após a realização do estudo urodinâmico que avalia o tipo de bexiga (que tivemos oportunidade de assistir) e consoante o nível de lesão da pessoa, esta pode conseguir fazer o auto-cateterismo (intermitente), ou utilizar manobras para esvaziar a bexiga, sem necessidade de algaliação. Pela diversidade de situações presenciadas, tivemos oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação em todas estas situações.

Relativamente à eliminação intestinal esta sofre também consideráveis alterações após um TVM, com impacto negativo no desempenho das AV, causando também restrições na vida social (HAN *et al*, 1998).

Durante o estágio foi possível desenvolver competências no âmbito da reeducação da função de eliminação intestinal nestas pessoas, nomeadamente em pessoas com intestino neurogénico reflexo e autónomo.

Segundo a evidência científica consultada, o objectivo da reeducação da função de eliminação intestinal consiste em eliminar a incontinência fecal e prevenir outras complicações que possam surgir. É importante que a eliminação intestinal aconteça de forma regular, num momento oportuno e não demore demasiado tempo (<60 min.), como refere HAAS; GENG; EVERS; KNECHT (2005). Estes autores estudaram a eliminação intestinal em pessoas com TVM com o objectivo de descobrir associações entre as intervenções realizadas para facilitar a eliminação intestinal, as características das pessoas e os resultados da eliminação intestinal, nomeadamente evacuações não planeadas, duração da eliminação intestinal, quantidade e consistência das fezes eliminadas.

A perda de controlo voluntário sobre a função intestinal foi identificada por GLICKMAN; KAMM (1996) como o segundo maior factor de preocupação nas pessoas com TVM, logo após a perda de mobilidade. A reeducação da função de eliminação intestinal torna-se deste modo fundamental, devido ao impacto que a incontinência fecal apresenta a nível físico, psicológico, social, recreativo e sexual (COGGRAVE, 2008).

HAAS *et al* (2005) verificaram que a ocorrência de dejeções não planeadas está relacionada com determinados factores, nomeadamente a remoção manual de fezes em combinação com a estimulação digital e o uso de laxantes orais. As pessoas que apresentam eliminação intestinal espontânea e realizam remoção manual de fezes em combinação com a estimulação digital têm cerca de 70% menos propensão para apresentarem dejeções não planeadas. Enquanto que as pessoas que usam laxantes orais manifestam 1,8 vezes mais tendência para apresentarem dejeções não planeadas.

O tempo dispendido para a actividade de vida eliminar apresenta influência na qualidade de vida das pessoas. GLICKMAN; KAMM (1996) verificaram que o aumento de tempo necessário para o processo de eliminação intestinal em pessoas com TVM está associado a depressão e ansiedade.

HAAS *et al* (2005) verificaram que a duração da eliminação intestinal está relacionada com a remoção manual de fezes, o uso de laxantes orais, a posição adoptada durante eliminação intestinal e a perda de função sensitiva. A eliminação intestinal com duração inferior a 60 minutos foi associada a remoção manual de fezes e à adopção da posição sentada para evacuar. Enquanto que a duração superior a 60 minutos se relaciona com o uso de laxantes orais e a pessoas com lesões sensoriais completas.

A técnica de remoção manual de fezes foi deste modo, associada por HAAS *et al* (2005) a resultados positivos em termos de eliminação intestinal em pessoas com TVM, uma vez que está directamente relacionada com uma menor ocorrência de dejeções não planeadas e menor tempo dispendido para a eliminação intestinal.

A consistência das fezes foi identificada por HAAS *et al* (2005) como um factor que influencia a remoção manual de fezes. Estes autores verificaram que a remoção manual de fezes está relacionada com fezes de consistência mais dura. Este aspecto vai ao encontro do que encontramos na prática, uma vez que as fezes de consistência mais firme são mais facilmente removidas.

A alimentação apresenta uma influência substancial nas características das fezes, nomeadamente através da ingestão de fibras e água. O enfermeiro de reabilitação deve assim ajustar a alimentação de modo a que as fezes tenham a consistência desejada para facilitar a eliminação intestinal. Durante o estágio foi possível avaliar a consistência das fezes através da

escala de Bristol e planear a alimentação de acordo com a avaliação efectuada. As pessoas com intestino neurogénico reflexo são encorajadas a apresentarem fezes de consistência moldada (nível 4 da Escala de Bristol), enquanto que as pessoas com intestino neurogénico autónomo, que são mais propensas para a incontinência fecal, são ensinadas a obter fezes de consistência mais firme (nível 3 da escala de Bristol).

Os resultados do estudo de HAAS *et al* (2005) demonstraram também que o uso de laxantes orais está associado ao aumento da incidência de dejectões não planeadas, assim como ao aumento do tempo necessário para a eliminação intestinal, pelo que o seu uso não é recomendado por rotina.

O uso de estimulantes rectais não foi abordado na discussão de resultados pelo que não é possível saber o seu contributo para a eliminação intestinal. No entanto, durante o estágio constatámos que várias pessoas recorrem à estimulação rectal através dos supositórios. O que é corroborado por KIRK; KING; TEMPLE; BOURJAILY; THOMAS (1997) que indica que 60-70% das pessoas com TVM refere usar supositórios.

Um dos grandes objectivos da equipa do CMR Sul consiste na promoção do maior grau de autonomia possível da pessoa e da sua família de modo a que esta possa regressar ao seu ambiente habitual mantendo-se activa e participante, o que favorece a reinserção cívica.

O desenvolvimento das capacidades da pessoa para o desempenho das AV necessárias à promoção do autocuidado é uma intervenção de enfermagem de reabilitação essencial para se atingir o objectivo da reinserção da pessoa na comunidade com um papel activo e uma consciência cívica.

Sempre que a família estava presente, esta foi orientada, esclarecida e envolvida no processo de reabilitação. Quando a família esta envolvida tende a diminuir a superprotecção, resistir às possíveis exigências irracionais e tendem a dar mais apoio e incentivo à independência e à reinserção social (DELISA, 2002).

Pela sua filosofia e empenho de todos os elementos da equipa interdisciplinar, o CMR Sul constitui um excelente local de desenvolvimento de competências relacionadas com a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da actividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Esta é uma competência do enfermeiro de reabilitação na medida em a OE preconiza que este analise a problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de acções autónomas e ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva (REGULAMENTO nº 125/2011).

Inicialmente, os enfermeiros de reabilitação eram os únicos prestadores de cuidados no âmbito das AV, no entanto, actualmente, diversos profissionais já incorporaram estas funções nos seus papéis, nomeadamente os terapeutas ocupacionais. Este aspecto constitui uma mais-valia pois os terapeutas ocupacionais ajudam as pessoas a desenvolver actividades lúdicas com o objectivo de desenvolver as capacidades para o autocuidado. Muitos produtos de apoio fornecidos aos utentes são realizados pelos terapeutas ocupacionais especificamente para aquela pessoa, através de moldes (nomeadamente as talas de punho). Os enfermeiros de reabilitação não podem, no entanto, descurar o seu papel no seio da equipa interdisciplinar, tendo um papel importante na identificação e satisfação das necessidades de ajuda para o desempenho das AV de forma o mais independente possível.

Diariamente, durante a alimentação, os cuidados de higiene e no momento de vestir e despir a roupa, são avaliadas as necessidades dos utentes, ensinadas as técnicas, dadas instruções, sendo o treino realizado com um objectivo efectivo de autocuidado.

Muitas das pessoas com TVM deslocam-se em cadeira de rodas, sendo a maioria delas independentes nesta actividade. No entanto, nas lesões medulares incompletas, em que existe função motora preservada abaixo do nível de lesão, com força muscular suficiente para contrariar a força da gravidade, é possível que a pessoa se desloque através da marcha. Durante o estágio, tivemos oportunidade de contactar com uma pessoa com esta situação, em que foi possível fazer treino de marcha com andarilho.

No CMR Sul não existem barreiras arquitectónicas que constituam um problema para a acessibilidade dos utentes. No entanto, elas estão dispersas de um modo geral por todo o país.

Durante o estágio, tive a infelicidade de presenciar o sentimento profundo de incapacidade que as barreiras arquitectónicas podem causar. Apesar da Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência (Lei nº 38/2004), na alínea d) do seu artigo 3º, estabelecer que compete ao Estado a promoção de uma sociedade para todos através da eliminação de barreiras e da adopção de medidas que visem a plena participação da pessoa com deficiência, a acessibilidade nos transportes públicos é ainda muito limitada. Face a um pedido de um utente para ir passar o fim-de-semana a casa de um familiar, a assistente social, fez um diagnóstico acerca das dificuldades que uma pessoa em cadeira de rodas terá de enfrentar durante o percurso. A opção pelo comboio inicialmente pensado revelou-se inviável, mas existem outras opções, apesar de escassas. Segundo os Censos de 2001, encontram-se no país 9310 veículos licenciados para o transporte público regular de passageiros, no entanto apenas 2,25% se encontram adaptados ao transporte de pessoas em cadeira de rodas (RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 9/2007).

De acordo com o SECRETARIADO NACIONAL DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (2007), a promoção e garantia da plena acessibilidade é um aspecto essencial à qualidade de vida dos cidadãos e ao exercício dos seus direitos, como membros participantes de uma comunidade regida pelos princípios de uma sociedade democrática, no sentido de garantir a sua real integração e participação cívica. Enquanto enfermeiros, dedicados à enfermagem de reabilitação, a par da responsabilidade de sensibilização da comunidade para a importância de práticas inclusivas, é nosso dever adquirir e manter actualizado o conhecimento acerca da legislação em vigor que promova a igualdade de direitos destas pessoas, pois os enfermeiros são, muitas vezes quem faz o levantamento das necessidades das pessoas, devendo saber dar resposta adequada e encaminhamento para outros profissionais sempre que necessário. Neste caso a articulação com o serviço social é fundamental para uma maior eficiência nos resultados.

3.2 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOAS COM AFECÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS

Quanto ao contexto de pessoas com alterações neurológicas não traumáticas, o ensino clínico foi realizado na UCIP do HSFX de 2 a 26 de Novembro de 2010, num total de 100h de presença em contexto clínico.

A UCIP está localizada no primeiro piso do hospital, imediatamente acima da urgência, local de onde provêm a maioria dos utentes aqui internados. O seu objectivo é prestar cuidados de saúde altamente diferenciados a pessoas com falência orgânica ou multiorgânica. A sua lotação é de 8 camas e recebe utentes em estado crítico do foro médico, cirúrgico e traumatológico. As patologias mais frequentes relacionam-se com a Insuficiência Respiratória. Relativamente às pessoas com doenças neurológicas, elas são internadas na UCIP quando estão na eminência de falência respiratória ou ventiladas.

A intervenção da enfermagem de reabilitação neste contexto torna-se fundamental no sentido de prevenir o agravamento das lesões neurológicas, bem como ao nível cardiovascular e respiratório. Como quase todos os sistemas estão afectados, as intervenções incluem também cuidados ao nível da alimentação, eliminação, integridade da pele, mobilidade e apoio psicológico. A prevenção das complicações que possam atrasar ou impedir a reabilitação é igualmente um dos objectivos da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto de cuidados intensivos.

Durante o internamento na UCIP, as pessoas permanecem a maior parte do tempo no leito, por condicionalismos inerentes à sua situação clínica. A imobilidade constitui assim um dos problemas encontrados mais frequentemente e o papel da enfermagem de reabilitação consiste em minimizar ou eliminar os efeitos adversos da imobilidade, conservando as capacidades existentes, prevenindo limitações futuras e promovendo a máxima recuperação funcional possível.

As intervenções de enfermagem de reabilitação dirigidas à mobilização precoce que integram a reabilitação motora do doente incluem os posicionamentos, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios respiratórios, mobilizações no leito e treino de marcha (PERME; SOUTHARD; JOYCE; NOON; LOEBE, 2006). Das intervenções mencionadas apenas não tive oportunidade de realizar treino de marcha. Uma das razões que aponto para tal facto é a verificação da alta da UCIP o mais precocemente possível conforme o preconizado.

A respiração é uma actividade de vida que também se encontra frequentemente comprometida na UCIP, sendo a insuficiência respiratória uma causa de internamento ou um problema associado. Numa perspectiva fisiopatológica, os diagnósticos de enfermagem predominantes relacionam-se com a ventilação ineficaz ou alterações do padrão ventilatório, a limpeza ineficaz das vias aéreas e trocas gasosas ineficazes.

A reeducação funcional respiratória através de um leque vasto de técnicas permite melhorar a ventilação alveolar com repercussões na relação ventilação perfusão. Durante o estágio aprofundámos as competências anteriormente adquiridas nesta área, e adquirimos competências na reeducação funcional de doentes ventilados. Das técnicas aprendidas, tivemos a oportunidade de praticar a técnica de correcção postural, os exercícios de mobilização osteo-articular, o controlo da respiração e os exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmático e costal, as técnicas de relaxamento, os métodos para facilitar a drenagem e eliminação das secreções brônquicas, o ensino da tosse e o controlo da respiração no esforço.

As intervenções de reabilitação em UCI são uma prática segura mesmo nas pessoas com suporte ventilatório e entubação orotraqueal. Os critérios de segurança passam pela vigilância dos parâmetros da reserva cardiovascular e respiratória que monitorizámos sempre que intervimos.

A manutenção de uma nutrição adequada é uma preocupação constante na UCIP. Caso as pessoas não consigam uma alimentação por via oral é instituída a alimentação por via entérica o mais precocemente possível. As pessoas internadas em cuidados intensivos estão frequentemente sujeitas a um elevado número de solicitações energéticas necessárias à manutenção das defesas orgânicas, o que leva ao aumento do catabolismo das proteínas. A

manutenção de uma nutrição adequada impede o consumo das proteínas musculares, conservando a massa muscular fundamental para o processo de reabilitação e para a preservação da integridade cutânea.

Relativamente à reeducação da função de eliminação vesical, não tivemos oportunidade de realizar, pois nesta fase a grande maioria das pessoas estão algaliadas para controlo rigoroso do débito urinário.

Quanto á eliminação intestinal, o risco de obstipação é um problema potencial nestas pessoas, devido a inúmeros factores. Desta forma, a nossa intervenção consistiu na vigilância da eliminação intestinal e na reeducação da função de eliminação intestinal de acordo com o padrão habitual da pessoa, quando esta função estava comprometida.

Além de todos os factores inerentes ao internamento numa UCI que predispõem para a obstipação, algumas doenças, incluindo as neurológicas, têm um contributo especial que não pode ser negligenciado no planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Durante o estágio tivemos oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a uma pessoa com EM, com obstipação por compromisso neurológico.

Como foi referido no enquadramento teórico, mais de 50% das pessoas com EM apresenta disfunção do intestino, sendo a obstipação um dos problemas verificados.

A massagem abdominal foi uma das técnicas realizadas durante o estágio com o objectivo de diminuir a severidade dos sintomas gastrointestinais, especialmente aqueles que estão associados à obstipação e à dor abdominal e estimular o peristaltismo, o que vai ao encontro dos resultados encontrados por LĂMĂS; LINDHOLM; STENLUND; ENGSTRÖM; JACOBSSON (2009).

De modo a que a tomada de decisão se baseie no conhecimento mais actualizado, torna-se necessário integrar os contributos da evidência científica mais recente. Deste modo, foi consultado o estudo efectuado por MCCLURG; HAGEN; HAWKINS; LOWE-STRONG (2011). Estes autores estudaram o efeito da massagem abdominal no alívio dos sintomas de obstipação em pessoas com EM, tendo os resultados sugerido um efeito positivo.

Uma vez que as causas da obstipação estão relacionadas com múltiplos factores, a massagem abdominal é uma técnica que deve integrar um programa de reeducação da função de eliminação intestinal. MCCLURG *et al* (2011) verificaram que as pessoas que receberam massagem abdominal apresentaram melhorias mais significativas no CSS e aumentaram a frequência com que realizaram a eliminação intestinal, em comparação com aquelas que não receberam massagem abdominal.

Existem várias explicações possíveis para estes resultados, relacionados com o mecanismo de acção da massagem abdominal sobre o intestino (MCCLURG *et al*, 2011). Pensa-se que o enchimento da ampola rectal pode ser incentivado pelo aumento da pressão intra-abdominal e, em alguns casos neurológicos pode provocar ondas peristálticas que estimulam o reflexo somato-autonómico e a vontade de defecar (LIU *et al*, 2005, referido em MCCLURG *et al*, 2011).

O efeito mecânico e reflexo sobre o intestino incentiva o peristaltismo, aumentando o movimento de massa do intestino e conseqüentemente aumenta a força das contracções propulsoras. A função gastrointestinal é também influenciada pela actividade parassimpática do sistema nervoso autónomo. Segundo ALLAN (2005) e PURVES (2007) referidos por MCCLURG *et al* (2011), através da estimulação sensorial da divisão parassimpática há um aumento da mobilidade da musculatura do intestino, um aumento das secreções digestivas e o relaxamento dos esfíncteres do canal gastrointestinal.

Por vezes, foi também referido que a massagem abdominal era relaxante (MCCLURG *et al*, 2011). De um modo geral, o efeito relaxante foi também manifestado pelas pessoas a quem fizemos massagem abdominal durante o ensino clínico. Este aspecto é bastante positivo devido do stress ser um dos problemas manifestados por estas pessoas, quer relacionado com a sua doença, quer com os problemas intestinais que acarretam, nomeadamente a obstipação.

3.3 - ESTÁGIO DE COMPONENTE OPCIONAL (CONTEXTO DE PESSOAS COM AFECÇÕES DO FORO CARDIOVASCULAR)

O estágio de opção foi desenvolvido na UCIC do HSM de 28 de Fevereiro a 26 de Março de 2011, num total de 100h de presença em contexto clínico.

A opção por este contexto clínico deveu-se ao interesse que temos pela reabilitação da pessoa com patologia cardíaca, uma vez que é com estas pessoas que desenvolvemos a nossa actividade profissional, num serviço de cardiologia. Em Portugal, a RC está ainda sub-utilizada, existindo em 2007 em apenas 7 hospitais (FERREIRA, 2010). O HSM é um dos pioneiros deste tipo de intervenção no nosso país, o que o torna um contexto rico em oportunidades de aprendizagem. A RC é considerada actualmente como uma intervenção multifactorial, que engloba vários profissionais de saúde, é enquadrada no modelo de saúde da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e visa limitar os efeitos adversos da disfunção cardíaca (WENGER, *et al*, 1995). O objectivo da implementação de um programa de intervenção adequado consiste em influenciar positivamente as

capacidades funcionais da pessoa, otimizando assim a sua participação na sociedade (VOGELS *et al*, 2003).

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito do PRC possibilitou o desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação relacionadas com a maximização da funcionalidade permitindo um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

De modo a orientar o estágio, e tendo em consideração o contexto clínico, foram seleccionadas como alvo de intervenção as pessoas com afecções do foro cardiovascular com critérios de inclusão no PRC em vigor no serviço, uma vez que um dos objectivos para este estágio é desenvolver competências no âmbito da RC que permitam implementar este projecto no serviço onde exercemos funções. No entanto, no decorrer do estágio tivemos também oportunidade de prestar cuidados a pessoas com outras patologias cardíacas, sem critérios de inclusão no PRC e que constituíram igualmente momentos de aprendizagem importantes.

A RC está indicada em várias situações no entanto, neste contexto, apenas estão a ser incluídos os doentes com EAM. Este aspecto foi limitador ao não proporcionar uma visão mais global de como a RC pode ser desenvolvida, no entanto tornou-se num aspecto positivo pelo facto de facilitar a concentração numa área específica que é tão frequente e que poderá ser também um ponto de partida para a implementação do referido projecto.

Os PRC consistem num processo contínuo, pelo qual a pessoa com doença cardíaca recupera e mantém um óptimo nível fisiológico, psicológico, social, vocacional e emocional, responsabilizando-se pelo retorno a uma vida normal, activa e produtiva, sendo parte integrante no processo de recuperação (FEREIRA, 2010). Estes programas visam conseguir o maior nível de autonomia possível para a pessoa com incapacidade, para que viva com a melhor qualidade de vida possível. O programa é iniciado no meio hospitalar, mas continua após o regresso a casa e prossegue até à fase de manutenção que pode continuar por toda a vida, se houver condições na comunidade que o permitam.

Na UCIC é iniciada a **Fase I** do PRC, o que deverá acontecer o mais precocemente possível, entre 12 a 24h após o evento, assim que se verificarem os critérios de inclusão. Nesta fase foi possível desenvolver as actividades planeadas, nomeadamente ensino, instrução e treino de técnicas com vista à prevenção de complicações (posições de descanso e relaxamento; consciencialização da respiração; exercícios de reeducação funcional respiratória abdomino-diafragmáticos; exercícios de reeducação costal; ensino da tosse; controlo da respiração no esforço e estratégias adaptativas para as AV) e potencialização das capacidades funcionais da pessoa (exercícios de mobilização osteo-articular dos membros superiores e

inferiores; exercícios isométricos dos glúteos, quadricípedes e abdominais; exercícios isotônicos das articulações: coxo-femural, joelho e tibio-társica e alterações posturais).

A curta permanência das pessoas neste serviço condicionou a monitorização da evolução da pessoa, pelo que foi muito importante a visita efectuada à enfermaria, onde prossegue a primeira fase. Aqui, são reforçados os ensinamentos e continuados os exercícios iniciados na UCIC. O facto de terem anteriormente aprendido a realizar os exercícios correctamente vai permitir, nesta fase de maior independência, introduzir exercícios mais complexos mas ao mesmo tempo mais estimulantes que permitam manter a motivação para continuar no programa.

Na UCIC, assim como na enfermaria, o enfermeiro especialista em reabilitação tem o importante papel de agir como formador e dinamizador da equipa de modo a que todos os enfermeiros possam participar no processo de RC de acordo com as suas competências funcionais.

Durante a **Fase II**, que acontece após o regresso a casa, a equipa de enfermagem não participa na componente de exercício físico, ficando o seu papel relacionado com a promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis e controlo dos factores de risco. Este trabalho é desenvolvido em consulta de enfermagem durante esta fase.

Em qualquer programa de reabilitação, assim como em todas as fases do PRC, é essencial envolver a família no planeamento dos cuidados. A família tem uma influência preponderante no conceito individual de saúde e doença. É dentro da unidade familiar que se desenvolvem os comportamentos de saúde, incluindo importância da saúde, os hábitos de saúde e as percepções do risco de saúde. As famílias são a principal fonte de factores que podem promover ou inibir os estilos de vida saudáveis (STANHOPE; LANCASTER, 2008). Deste modo, é fundamental conhecer a pessoa/família, as suas forças e necessidades, para a poder ajudar a adquirir comportamentos mais saudáveis.

As pessoas com necessidade de intervenção cirúrgica, não estão ainda incluídas neste PRC, no entanto, a intervenção de enfermagem de reabilitação tem um papel preponderante quer no período pré como no pós-operatório. Na UCIC estão internadas algumas pessoas em situação de pré-operatório, às quais tivemos oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados, nomeadamente ensino, instrução e treino de exercícios respiratórios e de mobilização osteo-articular no sentido de prevenir as complicações respiratórias e circulatórias relacionadas com a cirurgia. O treino pré-operatório é essencial para uma melhor compreensão e colaboração, facilitando a aprendizagem do que a pessoa deverá fazer no pós-operatório (HEITOR; CANTEIRO; FERREIRA; OLANZABAL; MAIA, 1988).

Em relação à reeducação da função de eliminação intestinal esta foi transversal a todas as pessoas com problemas nesta actividade de vida, nomeadamente devido a obstipação, independentemente da sua causa de internamento. De facto, BASSOTTI; ROBERTO; SEDIARI; MORELLI (2004) consideram que a obstipação crónica é um dos sintomas gastrointestinais mais frequentes entre a população.

Como foi referido no enquadramento teórico, quando a obstipação não está relacionado com nenhum processo patológico, é desenvolvido um programa de reeducação da função de eliminação intestinal baseado na história intestinal e na avaliação inicial da pessoa. Este programa inclui os aspectos relacionados com a alimentação, exercício e horário.

A evidência científica consultada corrobora o que foi referido anteriormente. FOXLEY; VOSLOO (2008) referem que na maioria das pessoas o intestino responde bem a uma rotina regular. Estas autoras consideram também que 20-30 minutos após uma refeição é o momento mais favorável para o intestino “trabalhar”, devido ao reflexo gastrocólico que é desencadeado quando os alimentos chegam ao estômago. Deste modo, é fundamental que se estabeleça um horário adequado, de acordo com as necessidades e preferências da pessoa e que seja compatível com o estilo de vida após o regresso a casa.

O local para realizar a eliminação intestinal deve proporcionar privacidade e ser confortável (FOXLEY; VOSLOO, 2008). De facto, a privacidade facilita o relaxamento o que vai facilitar o acto de defecar (HOEMAN, 2011). Sempre que não houvesse contra-indicações foi incentivada a realização da eliminação na casa de banho. Este local, além de proporcionar maior privacidade permite também a adopção de uma postura mais correcta para a eliminação intestinal que o leito. A posição sentada permite que a gravidade favoreça o peristaltismo e a expulsão das fezes (HOEMAN, 2011), facilita a contração dos músculos abdominais (BOLANDER, 1998) e ajuda a tornar ângulo entre o recto e o canal anal menos agudo (DELISA, 2002).

De acordo com FOXLEY; VOSLOO (2008) o ensino sobre a alimentação e a ingestão de líquidos é também uma parte importante da reeducação da função de eliminação intestinal. Quando a obstipação está presente, a ingestão de alimentos ricos em fibras pode não ser a dieta mais adequada devido à propensão para causarem distensão abdominal e flatulência. No entanto é aconselhável seguir uma dieta normal e simples com quantidades saudáveis de fibras (entre 18-30 gramas por dia). É também válida a recomendação para ingerir cinco porções de frutas e vegetais por dia.

Como foi referido no enquadramento teórico, a ingestão de fibras interfere com a absorção de alguns medicamentos (HOEMAN, 2011), muito frequentemente prescritos às pessoas com afecções do foro cardiovascular. Deste modo, durante o estágio, houve a

preocupação negociar com as pessoas os horários mais convenientes para a ingestão de alimentos ricos em fibras, consoante a prescrição terapêutica.

FOXLEY; VOSLOO (2008) consideram que a ingestão de fluidos deve ser encorajada. A pessoa deve ingerir pelo menos 1,5 litros de líquidos por dia, caso não haja contra-indicação. Por vezes, as pessoas com patologia do foro cardíaco, nomeadamente, as pessoas com insuficiência cardíaca, podem ter indicação para restringir o consumo de líquidos.

O exercício físico regular é também exposto por FOXLEY; VOSLOO (2008) como uma parte integrante fundamental da reeducação da função de eliminação intestinal. O estado físico e o tipo de incapacidade determinam a aptidão para o exercício físico. Durante o estágio, assim que foi permitido, as pessoas foram incentivadas a realizar diversos exercícios. Quando o repouso no leito é ainda uma necessidade, estas foram incentivadas a voltar-se na cama, levantar as ancas, realizar exercícios de fortalecimento abdominal e pélvico, realizar exercícios de mobilização articular, lavar-se e outras actividades de autocuidado, de modo a prevenir a diminuição da mobilidade e a obstipação. Assim que o levantar foi possível, a marcha, mesmo em curtas distâncias, foi encorajada pelas mesmas razões anteriormente referidas.

4 - CONCLUSÃO

Ao terminar esta etapa do nosso percurso formativo, que culmina com a elaboração do presente relatório, impera a necessidade de fazer uma análise retrospectiva das aprendizagens e competências adquiridas e desenvolvidas e de que forma é que estas contribuíram para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização em enfermagem de reabilitação.

Durante a elaboração do relatório procurámos dar visibilidade às intervenções de enfermagem de reabilitação efectuadas, demonstrando sempre um pensamento crítico e reflexivo.

A aprendizagem efectuada permitiu desenvolver as competências específicas na área da enfermagem de reabilitação, nomeadamente as que permitem cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar as pessoas com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição para a participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa de acordo com que está preconizado no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (REGULAMENTO nº 125/2011).

Esta etapa formativa permitiu também consolidar algumas competências já adquiridas ao longo da vida profissional, como manter o processo de auto-formação, uma vez que sempre investimos na área da formação em serviço e pós-graduada, desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa e à família e tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, no desempenho diário.

O relatório possibilitou também o desenvolvimento de competências no âmbito da prática baseada na evidência, que foi manifestada pela procura do conhecimento mais actualizado sobre a prática da enfermagem de reabilitação. A utilização da melhor evidência disponível capacita os enfermeiros de reabilitação para a prática numa lógica de enfermagem avançada.

Como resposta à pergunta PI[C]O elaborada podemos concluir que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação são um elemento da equipa interdisciplinar

fundamental para o processo de reabilitação das pessoas com alterações da função da eliminação intestinal, nomeadamente os problemas relacionados com a incontinência fecal e a obstipação.

HAAS *et al* (2005) verificaram que determinadas técnicas desenvolvidas pelos enfermeiros de reabilitação podem ajudar as pessoas com TVM a melhorar a sua qualidade de vida, ao proporcionarem uma diminuição das dejeções não planeadas e diminuindo o tempo de duração das dejeções. Estas intervenções estão relacionadas com a remoção manual de fezes e com a gestão da consistência das fezes. Por outro lado o uso de laxantes orais deve ser desaconselhado devido à sua influência na ocorrência de dejeções não planeadas e no aumento do tempo necessário para completar a eliminação.

Nas pessoas com EM constatou-se que a massagem abdominal é uma técnica com resultados positivos ao nível do combate à obstipação, nomeadamente através do aumento da frequência das dejeções. Esta intervenção foi ainda associada a um efeito relaxante, não tendo sido verificadas ocorrências adversas (MCCLURG *et al*, 2011). Os resultados deste estudo devem contudo ser interpretados com precaução devido ao número reduzido da amostra estudada. É pertinente a realização de mais estudos, com uma amostra de maiores dimensões.

Relativamente às pessoas com alterações do foro cardiovascular, não sendo possível especificar as intervenções nesta população, por falta de estudos direccionados, foi possível identificar intervenções de enfermagem de reabilitação para a reeducação funcional da eliminação intestinal, nomeadamente no que se refere à obstipação, na população em geral.

FOXLEY; VOSLOO (2008) consideram que na maioria das pessoas, o intestino responde bem a uma rotina regular, pelo que esta deve ser incentivada. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação devem desenvolver programas de reeducação funcional da eliminação intestinal baseados na história intestinal e na avaliação inicial da pessoa. Estes devem incluir os aspectos relacionados com a alimentação, exercício e horário.

Na aquisição e aperfeiçoamento de competências como enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, foram muitos os contributos recebidos por parte dos colegas dos diversos locais de estágio, caracterizados pela partilha de conhecimentos e pela cooperação nas actividades desenvolvidas.

De salientar que os enfermeiros orientadores se empenharam em facilitar o desenvolvimento das actividades propostas, conduzindo-nos por caminhos ricos em experiências e oportunidades de aprendizagem. Todo este processo permitiu que conseguíssemos alcançar um nível de autonomia satisfatório.

Pensamos ter deixado, nos campos de estágio por onde passámos, contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados, o que foi também factor positivo para a nossa realização profissional e pessoal, superando as nossas expectativas.

A avaliação global que fazemos desta caminhada é muito satisfatória. Este estágio contribuiu grandemente para o nosso desenvolvimento, enquanto pessoas e enfermeiros. Aprendemos, adaptámo-nos, evoluímos, tornámo-nos, estamos em crer, melhores enfermeiros.

REFERÊNCIAS

- ↵ ANDRÉ, Carlos (2005). **Qualidade de Vida e Doença Coronária**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde;
- ↵ ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. (1998). **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo: Centro Cochrane do Brasil;
- ↵ BASSOTTI, G.; ROBERTO, G.; SEDIARI, L.; MORELLI, A. - Toward a definition of colonic inertia. **World Journal of Gastroenterology**. Beijing: The WJG Press. ISSN: 1007-9327. 10 (17) (2004) p. 2465-2467;
- ↵ BLACKBURN, G.G.; HARVEY, S.A.; DAFOE, W.A.; SQUIRES, R.W. – Exercise prescription, development and supervision. In: **Clinical Cardiac Rehabilitation**. (1999) 2ª ed. Pashkow FJ & Dafoe WA;
- ↵ BOLANDER, Verolyn Rae. (1998). **Enfermagem fundamental - Abordagem psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta;
- ↵ BURKS, Jack; BIGLEY, George; HILL, Harry - Rehabilitation challenges in multiple sclerosis. **Annals of Indian Academy of Neurology**. Trivandrum: Medknow Publications & Media Pvt. Ltd. ISSN 0972-2327. Nº 12 (2009) p. 296-306;
- ↵ CALIRI, Maria; FURLAN, Márcia; DEFINO, Helton - Tratamento do intestino neurogênico em adultos com lesão da medula espinhal. Directrizes para uma prática baseada em evidências. **Coluna/Columna**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Coluna. ISSN 1808-1851. 4 (2) (2005) p.102-105;
- ↵ COGGRAVE, Maureen - Neurogenic continence. Part 3: bowel management strategies. **British Journal of Nursing**. London: MA Healthcare Ltd. ISSN 0966-0461. Vol. 17, nº 15 (2008) p. 962-968;
- ↵ CRAWFORD, Michael; DIMARCO, John (2001). **Cardiology**. London: Mosby International Ltd;
- ↵ DECRETO-LEI nº 93/2009. “DR I Série”. 74 (2009-04-16) 2275-2277;
- ↵ DELISA, Joel (2002). **Tratado de Medicina de Reabilitação - Princípios e Prática**. 3ª ed. Tamboré: Editora Manole, Lta;

- ↳ DOREY, Grace. - Role of the female pelvic floor muscles: a guide for gastrointestinal nurses. **Gastrointestinal Nursing**. London: MA Healthcare Ltd. ISSN 1479-5248. Vol.7 (4) (2009) p.12-17;
- ↳ FARIA, Filipa - Lesões Vértebro-medulares – A perspectiva da Reabilitação. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia. ISSN 0873-2159. Vol XII, Nº1 (Supl1) (2006) p. 45-53;
- ↳ FERREIRA, Rui (2010). **Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas**. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares;
- ↳ FORTIN, Marie-Fabienne. (1999). **O processo de investigação: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência;
- ↳ FOXLEY, Susan; VOSLOO, Riette - An overview of bowel care: constipation. **British Journal of Healthcare Assistants**. London: MA Healthcare Ltd. ISSN 1753-1586. Vol. 2 nº 6 (2008) p. 266-270;
- ↳ GLICKMAN, S; KAMM, M. - Bowel dysfunction in spinal cord injury patients. **Lancet**. London: Elsevier Lta. ISSN 0140-6736. Vol. 347 (9016) (1996) p. 1651-1653;
- ↳ GRIFFITH, Gwen - Importance of continence advice for people with multiple sclerosis. **British Journal of Nursing**. London: MA Healthcare Ltd. ISSN 0966-0461. Vol 11. nº 21 (2002) p.1363-1371;
- ↳ GUYATT, Gordon; RENNIE, Drummond (2002). **Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-based clinical practice**. Chicago: American Medical Association;
- ↳ HAAS, U.; GENG, V.; EVERS, G.; KNECHT, H. - Bowel management in patients with spinal cord injury - a multicentre study of a German speaking society of paraplegia (DMGP). **Spinal cord**. Edegem: Nature Publishing Group. ISSN 1362-4393. 43 (12) (2005) p. 724-730;
- ↳ HAN, T.; KIM, J.; KWON, B. - Chronic gastrointestinal problems and bowel dysfunction in patients with spinal cord injury. **Spinal Cord**. Edegem: Nature Publishing Group. ISSN: 1362-4393. 36 (7) (1998) p. 485-490;
- ↳ HATCHETT, Richard; THOMPSON, David (2006). **Enfermagem Cardíaca – Um Guia Polivalente**. Loures: Lusociência;
- ↳ HEITOR, Clara; CANTEIRO, Camila; FERREIRA, J.M. Reis; OLANZABAL, Mercedes; MAIA, Odete (1988). **Reeducação Funcional Respiratória**. Lisboa: Boehringer Ingelheim;

- ↵ HERBERT, J. - Total body fitness - Are we forgetting something: The role of the pelvic floor muscles in core stability and bladder and bowel health. **Sportex Medicine**. London: Centor Pub. ISSN: 1471-8138. 43 (2010) p. 23-27;
- ↵ HESBEEN, Walter (2003). **A Reabilitação – Criar Novos Caminhos**. Loures: Lusociência;
- ↵ HOEMAN, Shirley (2011). **Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados**. 4ª ed., Loures: Lusodidacta;
- ↵ KHAN, Fary; PALLANT, Julie; SHEA, Tracey; WHISHAW, Michael - Multiple sclerosis: prevalence and factors impacting bladder and bowel function in a Australian community cohort. **Disability and Rehabilitation**. London: Taylor and Francis. ISSN 0963-8288. 31(19)(2009) p.1567-1576;
- ↵ KIRK, P.; KING, R.; TEMPLE, R.; BOURJAILY, J.; THOMAS, P. - Long-term follow-up of bowel management after spinal cord injury. **SCI Nursing**. New York: American Association of Spinal Cord Injury Nurses. ISSN: 0888-8299. 14 (2) (1997) p. 56-63;
- ↵ KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn (2009). **Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas**. 5ª ed. Barueri: Manole;
- ↵ LÄMÅS, K.; LINDHOLM, L.; STENLUND, H.; ENGSTRÖM, B.; JACOBSSON, C. - Effects of abdominal massage in management of constipation—A randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**. Oxford: Elsevier. ISSN: 0020-7489. Vol. 46 (6) (2009) p. 759-767;
- ↵ LEI nº 38/2004. “DR I Série”. 194 (2004-08-18) 5232-5236;
- ↵ MARPLES, Gwen - Diagnosis and management of slow transit constipation in adults. **Nursing standard**. London: RCN Publishing Company. ISSN 0029-6570. Vol 26, nº 8 (2011) p. 41-48;
- ↵ MASCIP (2009). **Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury**. Peterborough: Coloplast Lta;
- ↵ MCCLURG, Doreen; HAGEN, Suzanne; HAWKINS, Stanley; LOWE-STRONG, Andrea - Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: a randomized controlled feasibility study. **Multiple Sclerosis Journal**. London: Sage. ISSN: 1477-0970. 17 (2) (2011) p. 223-233;
- ↵ MELNYK, Bernardette; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen (2005). **Evidence-based practice in nursing healthcare: A guide to best practice**. Philadelphia: Lipincott, Williams and Wilkins;

- ↳ MORSE, Janice (2009). **Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program**. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company, LLC;
- ↳ MS-GATEWAY [Em linha] 2011. [Consult. 2010-05-10]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ms-gateway.com.pt/>>;
- ↳ NAYLOR, Justine; CHOW, Chin-Moi; MCLEAN, Anthony; HEARD, Robert; AVOLIO, Albert - Cardiovascular responses to short-term head-down positioning in healthy young and older adults. **Physiotherapy Research International**. London: John Wiley and Sons. ISSN: 1358-2267. 10 (1) (2005) p. 32-47;
- ↳ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). **Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Autor;
- ↳ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular**. Lisboa: Autor;
- ↳ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Proposta de Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem**. Lisboa: Autor;
- ↳ PADILHA, José Miguel; CRUZ, Arménio; PINTO, Vanda; QUEIRÓS, Paulo; HENRIQUES, Fernando; ALVES, Célia; SOUSA, Rosário [et al.] (2001). **Enfermagem em Neurologia**. Coimbra: Formasau;
- ↳ PADILHA, Katia; SOUSA, Regina; MIYADAHIRA, Ana; CRUZ, Diná; VATTIMO, Maria de Fátima; KIMURA, Miako; GROSSI, Sonia; SILVA, Maria Cláudia; CRUZ, Valéia; DUCCI, Adriana – Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. ISSN: 0080-6234. Nº 39 (2) (2005) p 229-233;
- ↳ PARLAMENTO EUROPEU; CONSELHO UNIÃO EUROPEIA; COMISSÃO EUROPEIA - Carta dos direitos fundamentais da união europeia. **Jornal Oficial das Comunidades Europeias** [Em linha] (2000) [Consul. 2011-05-27]. Disponível em WWW: <URL: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf>;
- ↳ PELLATT, Glynis Collis - Neurogenic continence. Part 1: pathophysiology and quality of life. **British Journal of Nursing**. London: MA Healthcare Ltd. ISSN 0966-0461. Vol. 17, nº 13 (2008) p. 838-841;
- ↳ PERME, C.; SOUTHARD, R.; JOYCE, D.; NOON, G.; LOEBE, M. - Early mobilization of LVAD recipients who require prolonged mechanical ventilation. **Texas Heart Institute Journal**. Houston: Texas Heart Institute. ISSN 0730-2347. 33(2) (2006) p. 130-133;

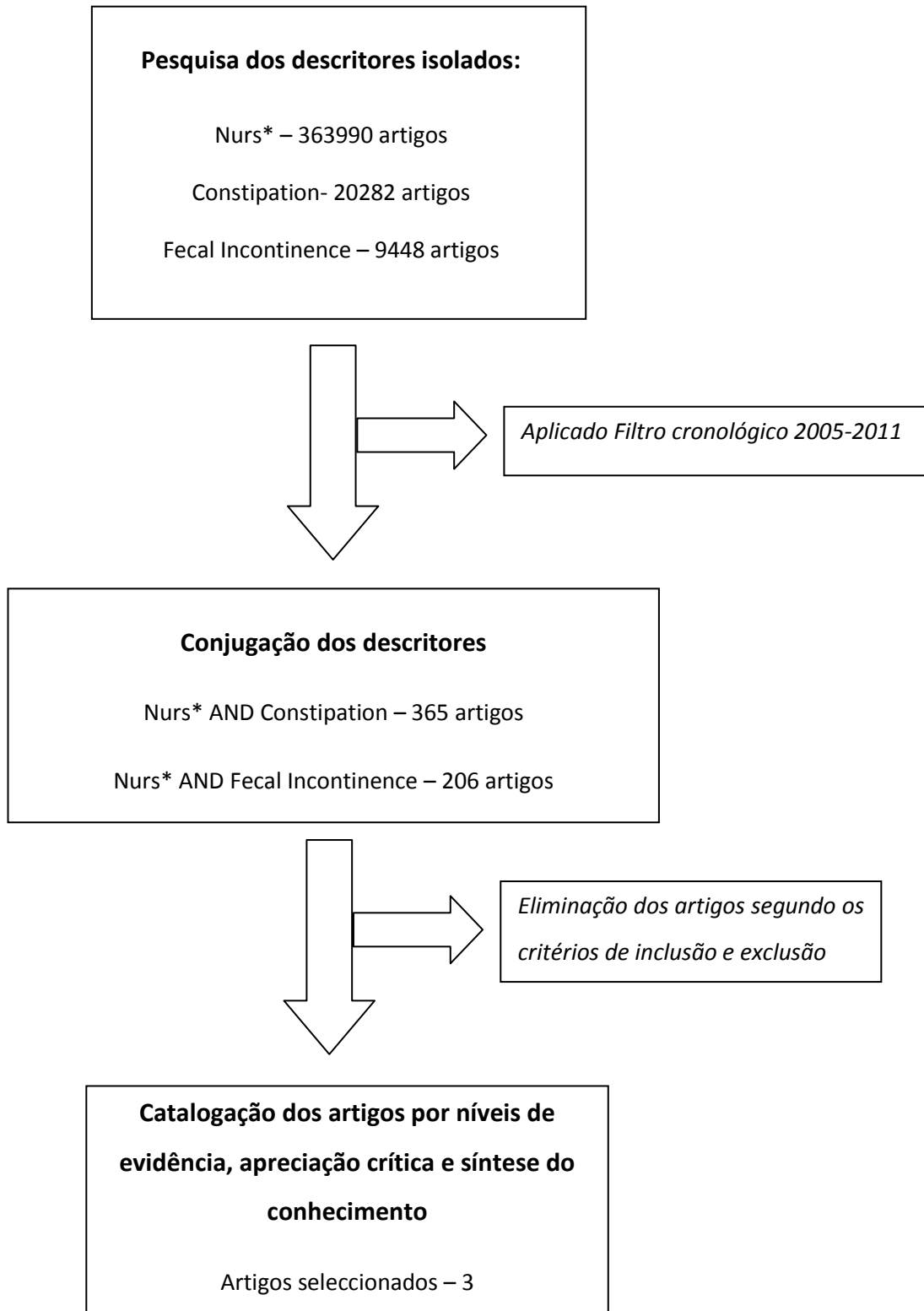
- ↵ PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane (2003). **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência;
- ↵ PIRES, A. (2005). **Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;
- ↵ PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - **Elementos Estatísticos: Informação Geral - Saúde/2008**. Lisboa: Autor, 2010. 159 p. ISSN 0872-1114;
- ↵ REDE EUROPEIA DO CORAÇÃO; SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA [Em linha]. 2007. [Consul. 2011-05-27]. Disponível em WWW: <URL: http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/cartaeuropeiapaaraasaudedocoracao_pt.pdf>;
- ↵ REGULAMENTO nº 122/2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8648-8653;
- ↵ REGULAMENTO nº 125/2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8658-8659;
- ↵ RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 9/2007. “DR I Série”. 12 (2007-01-17) 366-377;
- ↵ ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison (1995). **O modelo de enfermagem**. 3ª ed. Alfragide: Editora McGraw-Hill;
- ↵ ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison (2001). **O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi Editores;
- ↵ ROYAL COLLEGE OF NURSING (2000) **Rehabilitating older people: the role of nurse**. London: Author;
- ↵ ROYAL COLLEGE OF NURSING (2007) **Role of the rehabilitation nurse**. London: Author;
- ↵ SÁ, João de - Epidemiology of multiple sclerosis in Portugal and Spain. **Revista de Neurologia**. Barcelona: Viguera Editores. ISSN: 1576-6578. 51(7) (2010) p. 387-392;
- ↵ SANTOS, Cristina; PIMENTA, Cibele; NOBRE, Moacyr – A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-Am Enfermagem**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo. ISSN 0104-1169. vol. 15, n.3 (2007) p. 508-511;
- ↵ SECÇÃO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DA UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES [et al] (2009). **Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa**. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação;

- ↳ SECRETARIADO NACIONAL DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (2007). **Guia: Acessibilidade e Mobilidade para Todos: Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006**. Porto: Autor;
- ↳ SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA [Em linha]. 2011. [Consult. 2010-05-10]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.spem.org/>>;
- ↳ STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2008). **Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª ed. Lisboa: Lusociência;
- ↳ TEIXEIRA, Madalena; SAMPAIO, Francisco; BRÍZIDA, Luís; MENDES, Miguel - Reabilitação Cardíaca em Portugal – evolução entre 1998 e 2004. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia. ISSN 0304-4750. Vol. 26 (9), (2007) p. 815 - 825;
- ↳ THOMPSON, Carl; CULLUM, Nicky; MCCAUGHAN, Dorothy; SHELDON, Trevor; RAYNOR, Pauline – Nurses, information use, and clinical decision making – the real world potential for evidence-based decisions in nursing. **Evidence Based Nursing**. London: RCN Publishing Company. ISSN: 1367-6539. Nº 7 (2004) p. 68-72;
- ↳ UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION. (2009). **The FIM System Clinical Guide, Version 5.2**. Bufalo: Autor;
- ↳ VOGELS, [et al.] (2003). **Clinical Practise Guidelines for Physical Therapy in Cardiac Rehabilitation**. Royal Dutch for Physical Therapy;
- ↳ WATSON, Jean (2002). **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de enfermagem**. Camarate: Lusociência;
- ↳ WENGER, [et al.] (1995). **Cardiac Rehabilitation**. Alexandria: International Medical Publishing Inc;
- ↳ WHO (2006). **Neurological disorders: public health challenges**. Geneva: Autor;
- ↳ WHO [Em linha]. Geneva: Author, 2005 [Consult. 2010-06-22]. Disponível em WWW: <URL: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr_wha07/en/>;
- ↳ WHO [Em linha]. Geneva: Author, 2011 [Consult. 2010-05-27]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>>.

ANEXOS

ANEXO I - Processo de pesquisa e selecção dos artigos

PROCESSO DE PESQUISA E SELEÇÃO DOS ARTIGOS



ANEXO II – Artigos seleccionados

ANEXO III – Projectos de Estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Centro de Medicina e Reabilitação do Sul

Projecto de Estágio

ESTÁGIO II – Contexto de pessoas com afecções neurológicas traumáticas

Mestranda: Cátia Alexandre

Enf.º Cooperante: Luís Pedro

Prof. Orientador: Joaquim Simões

Santarém
Outubro de 2010

SIGLAS / ACRÓNIMOS / ABREVIATURAS

DGH - Direcção Geral dos Hospitais

CARF - Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities

CMR Sul - Centro de Medicina e Reabilitação do Sul

FIM - Functional Independence Measure

AV - Actividades de vida

Enf^a - Enfermeira

Enf^o - Enfermeiro

N^o - número

p. - páginas

ÍNDICE

| | p. |
|---|-----------|
| 0 – NOTA INTRODUTÓRIA ----- | 5 |
| 1 – PLANO DE ACTIVIDADES ----- | 7 |
| 2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS ----- | 13 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ----- | 15 |

O – NOTA INTRODUTÓRIA

Numa sociedade cada vez mais envelhecida em que se prevê um aumento acentuado da incidência de doenças crónicas incapacitantes, torna-se essencial dotar as organizações prestadoras de cuidados de saúde com profissionais, que integrados em equipas interdisciplinares, ajudem as pessoas, as famílias e as comunidades a encontrarem soluções para as suas necessidades.

A enfermagem de reabilitação surge assim da necessidade de responder aos novos paradigmas de assistência em saúde e está vocacionada para a aplicação de

“ ... técnicas de reabilitação específicas com o fim de evitar sequelas e complicações inerentes à situação clínica e imobilidade aproveitando ao máximo as capacidades para restauro da função e diminuição de incapacidades, contribuindo para uma mais rápida reintegração do doente na família e comunidade e consequente redução dos dias de internamento” (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Circular normativa nº 5/90, p.1).

O enfermeiro especialista em reabilitação tem um papel preponderante no planeamento de estratégias de saúde, uma vez que possui competências científicas acrescidas e específicas que lhe permitem participar activamente nos projectos de saúde das pessoas/famílias que se encontram a vivenciar processos de saúde/doença incapacitante e/ou de deficiência física, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social, seja qual for a etapa do seu ciclo vital (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

O Centro de Medicina e Reabilitação do Sul (CMR Sul), surge como local de estágio eleito para a realização do Estágio II (contextos de neurologia traumática), que decorrerá de 4 a 29 de Outubro de 2010. A opção por este local de estágio deveu-se ao facto deste ser uma referência a nível nacional e internacional na prestação de

cuidados de saúde a pessoas com lesões neurológicas traumáticas, sendo o único centro do país com a certificação de qualidade da Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF).

Pretendo com este ensino clínico adquirir competências de avaliação e identificação das necessidades de intervenção especializadas na pessoa com afecção neurológica traumática, e suas necessidades alteradas de modo a otimizar e maximizar as suas capacidades funcionais obtendo uma recuperação o mais rápida e completa possível que facilite o processo de transição para casa/ instituição ou rede de cuidados continuados.

A elaboração deste projecto de estágio permite esquematizar os objectivos que me propus alcançar durante o ensino clínico. Dado o contexto, são objectivos realistas e alcançáveis, que serão avaliados posteriormente em relatório final.

1 – PLANO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVO 1: Compreender a dinâmica de funcionamento do Centro de Medicina e Reabilitação do Sul, com evidência no papel do enfermeiro especialista em reabilitação.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| ▶ Apresentação ao Enfº Especialista Luís Pedro e discussão dos objectivos do estágio; | Enfº Luís Pedro Enfª Cátia | Durante a 1ª semana de estágio |
| ▶ Identificação da estrutura física e funcional do CMRSul; | Equipa interdisciplinar | |
| ▶ Apresentação à equipa interdisciplinar | | |
| ▶ Identificação das patologias mais frequentes no centro; | | |
| ▶ Identificação das situações de aprendizagem, demonstrando interesse, capacidade de tomar decisões e espírito crítico. | Enfª Cátia | Durante o estágio |

OBJECTIVO 2: Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com necessidades especiais preferencialmente resultantes de lesões neurológicas traumáticas.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|---|--------------------------------|------------------------------|
| <p>▶ Recolha de informação pertinente e utilização escalas e instrumentos de medida com vista à avaliação da funcionalidade nas áreas: cardio-respiratória, motora, sensorial, cognitiva, eliminação vesical e intestinal e sexualidade;</p> | <p>Equipa interdisciplinar</p> | <p>Ao longo do estágio</p> |
| <p>▶ Avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as AV de forma independente através da FIM;</p> | | <p>A partir da 2ª semana</p> |
| <p>▶ Identificação de factores facilitadores e inibidores para a realização das AV de forma independente no contexto de vida da pessoa;</p> | | |
| <p>▶ Discussão com a pessoa/cuidador acerca das alterações da função a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade e definição das estratégias a implementar, dos resultados esperados e das metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida;</p> | | |
| <p>▶ Selecção e prescrição de produtos de apoio;</p> | | |
| <p>▶ Concepção de planos, selecção e prescrição das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaboração, implementação e avaliação de programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, de eliminação vesical e intestinal e da sexualidade;</p> | | |
| <p>▶ Utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliação de ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social.</p> | | |

OBJECTIVO 3: Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação e/ou cuidador para a reinserção e exercício da cidadania.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|--|---|----------------------------------|
| ▶ Identificação das necessidades da pessoa e/ou cuidador e ensino, instrução e treino de técnicas específicas de autocuidado; | Equipa interdisciplinar | A partir da 2ª semana de estágio |
| ▶ Realização de treinos de AV utilizando produtos de apoio; | Equipa de Enfermagem e Terapeutas Ocupacionais | Ao longo do estágio |
| ▶ Aprofundamento de conhecimentos acerca da legislação promotora da integração e participação cívica; | Equipa de Enfermagem e Equipa de Assistência Social | A partir da 2ª semana de estágio |
| ▶ Orientação para a eliminação de barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa. | | |

OBJECTIVO 4: Aprofundar conhecimentos em Enfermagem de Reabilitação referentes à pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular e/ou Traumatismo Crânio-Encefálico.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|---|-------------------------|---------------------|
| ▶ Identificação das alterações resultantes da lesão na vida da pessoa e família; | Equipa interdisciplinar | Ao longo do estágio |
| ▶ Realização de pesquisa bibliográfica; | Enf ^a Cátia | |
| ▶ Partilha e reflexão de experiências e saberes. | Equipa interdisciplinar | |

OBJECTIVO 5: Gerir os cuidados prestados, garantindo segurança e qualidade dos mesmos.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|---|--------------------------------|----------------------------|
| <p>▶ Colaboração com a equipa interdisciplinar na tomada de decisão sobre os cuidados à pessoa e/ou cuidador com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> | <p>Equipa interdisciplinar</p> | <p>Ao longo do estágio</p> |
| <p>▶ Monitorização da resposta da pessoa e/ou cuidador ao longo das intervenções, realizando as adaptações necessárias aos cuidados prestados;</p> | | |
| <p>▶ Identificação e avaliação dos riscos para a qualidade dos cuidados (úlceras de pressão, risco de quedas, dor,...);</p> | | |
| <p>▶ Promoção de segurança na prática de cuidados.</p> | | |

2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projecto traduz uma perspectiva futura do desenvolvimento do estágio que irei realizar, procurando demonstrar a vontade de adquirir e desenvolver competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Os objectivos planeados, assim como as actividades delineadas, procuram orientar o processo de aquisição de competências, no entanto, este projecto é flexível, podendo ser passível de ajustes se assim se verificar necessário.

Pela filosofia vigente e pela experiência do enfermeiro cooperante no âmbito da reabilitação, tenho grande expectativa acerca deste campo de estágio e considero que será um local repleto de oportunidades de aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ↳ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Proposta de Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem**. Lisboa: Autor;
- ↳ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Circular Normativa nº 5/90 de 21 de Fevereiro.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Hospital São Francisco Xavier – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Projecto de Estágio

ESTÁGIO II – Contexto de pessoas com afecções neurológicas não traumáticas

Mestranda: Cátia Alexandre

Enf.º Cooperante: José Sempere

Prof. Orientador: Joaquim Simões

Santarém

Novembro de 2010

SIGLAS / ACRÓNIMOS / ABREVIATURAS

AV - Actividades de Vida

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CPLER – Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Enf^o - Enfermeiro

ESSS - Escola Superior de Saúde de Santarém

H - horas

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

p. - página

Prof. - Professor

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE

| | p. |
|---------------------------------------|-----------|
| 0 – NOTA INTRODUTÓRIA ----- | 5 |
| 1 – PLANO DE ACTIVIDADES ----- | 7 |
| 2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS ----- | 13 |

0 - INTRODUÇÃO

O Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CPLEER) da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) tem por finalidade promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem de reabilitação, numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da autoformação e reflexividade sobre a prática.

O Estágio II (contexto de pessoas com alterações neurológicas não traumáticas) insere-se no plano de estudos do referido Curso e tem como objectivos gerais:

↳ Desenvolver competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas interdisciplinares, à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular e neurológica 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 da enfermagem de reabilitação.

O estágio será desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP) do Hospital São Francisco Xavier (HSFX) de 2 a 26 de Novembro de 2010, num total de 100 h de presença em contexto clínico.

A intervenção da enfermagem de reabilitação neste contexto torna-se fundamental no sentido de prevenir o agravamento das lesões neurológicas, bem como ao nível cardiovascular e respiratório. Como quase todos os sistemas estão afectados, as intervenções incluem também cuidados ao nível da alimentação, eliminação, integridade da pele, mobilidade e apoio psicológico. A prevenção das complicações que possam atrasar ou impedir a reabilitação é igualmente um dos objectivos da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto de cuidados intensivos.

Os objectivos específicos que me proponho atingir serão apresentados ao longo deste projecto, assim como as actividades que planeio desenvolver para os alcançar.

1 – PLANO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVO 1: Compreender a dinâmica de funcionamento da UCIP do HSFX, com evidência no papel do enfermeiro especialista em reabilitação.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|--|--|--|
| <p>▶ Apresentação ao Enf^o Chefe Fernando Pinheiro e ao Enf^o Especialista José Sempere e discussão dos objectivos do estágio;</p> | <p>Enf^o Chefe Fernando Pinheiro Enf^o Especialista José Sempere Enf^a Cátia</p> | <p>Durante a 1^a semana de estágio</p> |
| <p>▶ Identificação da estrutura física e funcional da UCIP do HSFX;</p> | <p>Equipa interdisciplinar</p> | |
| <p>▶ Apresentação à equipa interdisciplinar</p> | | |
| <p>▶ Identificação das patologias mais frequentes no serviço no âmbito das afecções neurológicas não traumáticas;</p> <p>▶ Identificação das situações de aprendizagem, demonstrando interesse, capacidade de tomar decisões e espírito crítico.</p> | <p>Enf^a Cátia</p> | <p>Durante o estágio</p> |

OBJECTIVO 2: Aprofundar conhecimentos em Enfermagem de Reabilitação referentes à pessoa com afecções neurológicas não traumáticas.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|---|-------------------------|---------------------|
| ▶ Identificação das alterações resultantes da lesão na vida da pessoa e família; | Equipa interdisciplinar | Ao longo do estágio |
| ▶ Realização de pesquisa bibliográfica; | Enf ^a Cátia | |
| ▶ Partilha e reflexão de experiências e saberes. | Equipa interdisciplinar | |

OBJECTIVO 3: Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com necessidades especiais preferencialmente resultantes de lesões neurológicas não traumáticas.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|--|--------------------------------|------------------------------|
| <p>► Recolha de informação pertinente e utilização de escalas e instrumentos de medida com vista à avaliação da funcionalidade nas áreas: cardio-respiratória, motora, sensorial, cognitiva, eliminação vesical e intestinal;</p> | <p>Equipa interdisciplinar</p> | <p>Ao longo do estágio</p> |
| <p>► Identificação de factores facilitadores e inibidores para a realização das AV de forma o mais independente possível;</p> | | <p>A partir da 2ª semana</p> |
| <p>► Discussão com a pessoa/cuidador acerca das alterações da função a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório e da eliminação e definição das estratégias a implementar, dos resultados esperados e das metas a atingir;</p> | | |
| <p>► Concepção de planos, selecção e prescrição das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaboração, implementação e avaliação de programas de reeducação funcional: respiratória, motora, sensorial, cognitiva, de eliminação vesical e intestinal;</p> | | |
| <p>► Ensino, instrução e treino de técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (quer durante o internamento, após a transferência para outro serviço ou após a alta hospitalar);</p> | | |
| <p>► Utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliação de ganhos em saúde.</p> | | |

OBJECTIVO 4: Gerir os cuidados prestados, garantindo segurança e qualidade dos mesmos.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|---|--------------------------------|----------------------------|
| <p>▶ Colaboração com a equipa interdisciplinar na tomada de decisão sobre os cuidados à pessoa e/ou cuidador com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> | <p>Equipa interdisciplinar</p> | <p>Ao longo do estágio</p> |
| <p>▶ Monitorização da resposta da pessoa e/ou cuidador ao longo das intervenções, realizando as adaptações necessárias aos cuidados prestados;</p> | | |
| <p>▶ Identificação e avaliação dos riscos para a qualidade dos cuidados (úlceras de pressão, risco de quedas, dor,...);</p> | | |
| <p>▶ Promoção de segurança na prática de cuidados;</p> | | |
| <p>▶ Gestão de recursos de acordo com as situações e o contexto.</p> | | |

OBJECTIVO 5: Participar como Enfermeira Especialista em Reabilitação no plano de formação do serviço

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|--|-------------------------|---------------------|
| ▶ Identificação das necessidades formação dos elementos do serviço; | Equipa interdisciplinar | Ao longo do estágio |
| ▶ Validação da pertinência e interesse dos temas junto dos elementos do serviço; | | |
| ▶ Apresentação das áreas temáticas a integrar no plano de formação do próximo ano em documento escrito; | Enf ^a Cátia | |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projecto traduz uma perspectiva futura do desenvolvimento do estágio que irei realizar, procurando demonstrar a vontade de adquirir e desenvolver competências.

Os objectivos planeados, assim como as actividades delineadas, procuram orientar o processo de aquisição de competências, no entanto, este projecto é flexível, podendo ser passível de ajustes se assim se verificar necessário.

Tendo em conta que, quanto mais cedo se iniciar o processo de reabilitação funcional das pessoas com afecções neurológicas não traumáticas, mais rapidamente se reverterão ou minimizarão as sequelas patológicas, considero que o papel do enfermeiro especialista em reabilitação é fundamental também no contexto de cuidados intensivos, sendo este um local passível de oportunidades de aprendizagem.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



Hospital de Santa Marta – Unidade de Cuidados Intensivos de
Cardiologia

Projecto de Estágio

Estágio II – Estágio de Opção

Mestranda: Cátia Alexandre

Enf.º Cooperante: Vítor Ferreira

Prof. Orientador: José Lourenço

Santarém
Março de 2011

SIGLAS/ABREVIATURAS

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

DGH – Direcção Geral dos Hospitais

Enf^a - Enfermeira

Enf^o – Enfermeiro

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

HSM – Hospital de Santa Marta

n^o – Número

p. - página

Prof. – Professor

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

ÍNDICE

| | p. |
|---|-----------|
| 0 – NOTA INTRODUTÓRIA ----- | 5 |
| 1 – PLANO DE ACTIVIDADES ----- | 7 |
| 2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS ----- | 11 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ----- | 13 |

0 – NOTA INTRODUTÓRIA

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) tem por finalidade promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem de reabilitação, numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da autoformação e reflexividade sobre a prática.

O Estágio II inclui o Estágio de Opção, que escolhi desenvolver na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital de Santa Marta (HSM) do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC). Este irá decorrer entre 28 de Fevereiro a 26 de Março de 2011, num total de 100 horas de presença em contexto clínico.

A opção por este contexto clínico deveu-se ao interesse que tenho pela Reabilitação do doente cardíaco. Em Portugal, a Reabilitação Cardíaca está ainda sub-utilizada, existindo em 2007 em apenas 7 hospitais (FERREIRA, 2010). O Hospital de Santa Marta é um dos pioneiros deste tipo de intervenção no nosso país, o que o torna um contexto rico em oportunidades de aprendizagem. A Reabilitação Cardíaca é considerada actualmente como uma intervenção multifactorial, que engloba vários profissionais de saúde, é enquadrada no modelo de saúde da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e visa limitar os efeitos adversos da disfunção cardíaca (WENGER *et al*, 1995). O objectivo da implementação de um programa de intervenção adequado consiste em influenciar positivamente as capacidades funcionais da pessoa, optimizando assim a sua participação na sociedade (VOGELS *et al*, 2003).

A enfermagem de reabilitação deve deste modo responder aos novos paradigmas de assistência em saúde através da aplicação de

“ ... técnicas de reabilitação específicas com o fim de evitar sequelas e complicações inerentes à situação clínica e imobilidade aproveitando ao máximo as capacidades para restauro da função e diminuição de incapacidades, contribuindo para uma mais rápida reintegração do doente na família e comunidade e conseqüente redução dos dias de internamento” (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Circular Normativa Circular normativa nº 5/90, p.1).

A elaboração deste projecto de estágio permite esquematizar os objectivos que me propus alcançar durante o referido ensino clínico, funcionando com guia de orientação do mesmo. Dado o contexto, são objectivos realistas e alcançáveis, que serão avaliados posteriormente em relatório final.

Este projecto, apesar de constituir uma linha orientadora para o desenvolvimento do ensino clínico é flexível o suficiente, de modo a permitir a melhor gestão das oportunidades de aprendizagem que forem surgindo, com vista à obtenção do mais elevado nível de competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Os objectivos específicos que me proponho atingir com o decorrer do ensino clínico serão apresentados ao longo deste projecto, assim como as actividades que planeio desenvolver para os alcançar.

Assim, o presente projecto de estágio tem como objectivos:

- * Dar a conhecer as competências a desenvolver no ensino clínico, preconizadas pela escola, que constituem os objectivos gerais do estágio;
- * Dar a conhecer os objectivos específicos que me propus alcançar, de modo a responder aos objectivos propostos pela escola;
- * Planificar as actividades a desenvolver ao longo do ensino clínico.

1 – PLANO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVO GERAL 1: Desenvolver competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações do foro cardíaco, visando a sua independência máxima.

| OBJECTIVO ESPECÍFICO 1: Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, à pessoa/família com alterações do foro cardíaco em Programa de Reabilitação Cardíaca em vigor no serviço. | | |
|---|---|---------------------|
| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
| ▶ Avaliação e monitorização dos critérios de inclusão no Programa de Reabilitação Cardíaca; | Enf ^a Cátia | Ao longo do estágio |
| ▶ Recolha de informação pertinente e utilização de escalas com vista à avaliação da funcionalidade; | | |
| ▶ Discussão com a pessoa/cuidador acerca das alterações da funcionalidade e definição das estratégias a implementar, dos resultados esperados e das metas a atingir de acordo com o seu projecto de vida; | Enf ^a Cátia/ Pessoa/família | |
| ▶ Ensino, instrução e treino de técnicas no âmbito do Programa de Reabilitação Cardíaca – Fase I, com vista à: ✓ potencialização das capacidades funcionais da pessoa – Exercícios de mobilização osteo-articular dos membros superiores e inferiores; Exercícios isométricos dos glúteos, quadricípedes e abdominais; Exercícios isotónicos das articulações: coxo-femural, joelho e tibio-társica; Alterações posturais; ✓ prevenção de complicações – Posições de descanso e relaxamento; Consciencialização da respiração; Exercícios de reeducação funcional respiratória abdomino-diafragmáticos; Exercícios de reeducação costal; Ensino da tosse; Controlo da respiração no esforço e Estratégias adaptativas para as actividades de vida; | | |
| ▶ Monitorização da resposta da pessoa e/ou cuidador ao longo das intervenções, realizando as adaptações necessárias aos cuidados prestados; | Enf ^a Cátia | Ao longo do estágio |

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|---|-------------------------------------|---------------------|
| ▶ Registo das intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas, de modo a dar continuidade ao plano de cuidados e visibilidade à Enfermagem de Reabilitação. | Enfª Cátia | Ao longo do estágio |
| ▶ Utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no sentido de avaliar ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da qualidade de vida. | | |
| ▶ Compreensão do papel do enfermeiro especialista em Reabilitação no seguimento do doente na enfermaria | Enfª Cátia/ Equipa interdisciplinar | 1 dia a determinar |
| ▶ Compreensão do papel do enfermeiro especialista em Reabilitação no seguimento do doente na Fase II do Programa de Reabilitação; | | 1 dia a determinar |

OBJECTIVO GERAL 2: Desenvolver competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular da enfermagem de reabilitação.

OBJECTIVO ESPECÍFICO 2: Gerir os cuidados prestados, garantindo segurança e qualidade dos mesmos.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|---|-------------------------|---------------------|
| ▶ Colaboração com a equipa na tomada de decisão sobre os cuidados à pessoa e/ou cuidador com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação; | Equipa interdisciplinar | Ao longo do estágio |
| ▶ Identificação e avaliação dos riscos para a qualidade dos cuidados, nomeadamente: ✓Úlceras de pressão (Escala de Braden); ✓Quedas (Escala de Morse); ✓Dor (Escala Numérica de Avaliação da Dor). | Enfª Cátia | |

OBJECTIVO ESPECÍFICO 3: Promover o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, na área da enfermagem de reabilitação.

| ACTIVIDADES | INTERVENIENTES | QUANDO |
|--|-------------------------|-----------------------|
| ▶ Utilização das bases de dados científicas para pesquisa informação pertinente, visando ganhos em saúde; | Enfª Cátia | Ao longo do estágio |
| ▶ Partilha e reflexão de experiências e saberes; | Enfª Cátia | |
| ▶ Identificação das necessidades formação dos elementos do serviço; | Equipa interdisciplinar | |
| ▶ Validação da pertinência e interesse dos temas junto dos elementos do serviço; | Equipa interdisciplinar | |
| ▶ Elaboração de um suporte escrito de apoio à prática, de acordo com as necessidades identificadas; | Enfª Cátia | Dias 25 e 26 de Março |
| ▶ Participação na reunião conjunta de Reabilitação Cardíaca e Respiratória do Grupo de Estudo de Fisiopatologia de Esforço e Reabilitação Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia e Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia | | |

2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projecto traduz uma perspectiva futura do desenvolvimento do estágio que irei realizar, procurando demonstrar a vontade de adquirir e desenvolver competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Os objectivos planeados, assim como as actividades delineadas, procuram orientar o processo de aquisição de competências, no entanto, este projecto é flexível, podendo ser passível de ajustes se assim se verificar necessário.

Apesar do planeamento efectuado se focalizar mais sobre o doente inserido no programa de reabilitação cardíaca, todas as experiências que o serviço me proporcione e que sejam significativas para o desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade em reabilitação serão valorizadas.

Pela similaridade que este contexto trabalho apresenta com o que desempenho funções e pela qualidade do mesmo, tenho grande expectativa acerca deste campo de estágio e considero que será um local repleto de oportunidades de aprendizagem, que se traduzirão em ganhos em saúde para os doentes que vier a cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ↳ FERREIRA, Rui. (2010). **Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas**. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 26p. ISBN 978-989-96263-1-7;
- ↳ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Circular Normativa nº 5/90 de 21 de Fevereiro.
- ↳ VOGELS, et al. (2003). Clinical Practise Guidelines for Physical Therapy in Cardiac Rehabilitation. Royal Dutch for Physical Therapy – KNGF; 1-57;
- ↳ WENGER, et al. (1995) **Cardiac Rehabilitation**. Alexandria: International Medical Publishing Inc.

ANEXO IV – Formação em Serviço: Enfermagem de Reabilitação



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Hospital São Francisco Xavier – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Formação em Serviço: Enfermagem de Reabilitação

ESTÁGIO II – Contexto de pessoas com afecções neurológicas não traumáticas



Cátia Alexandre
Santarém, Novembro de 2010

Enquanto aluna estagiária do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi-me proposto a realização de um levantamento das necessidades de formação da equipa de enfermagem no âmbito da minha especialidade, bem como evidenciar os aspectos positivos encontrados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de São Francisco Xavier. Começarei por abordar as necessidades de formação que identifiquei, decorrentes da avaliação conjunta com toda a equipa.

A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação da equipa de enfermagem da unidade enquanto um grupo profissional com objectivos comuns, e das necessidades individuais de cada elemento. Neste sentido, procurei fazer uma análise sobre o trabalho desenvolvido, abordando os vários elementos da equipa a fim de identificar as necessidades de formação.

Os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos desenvolvem muitas actividades que exigem grande esforço físico. Estas actividades abrangem não só a mobilização dos doentes, mas também uma grande extensão de outros trabalhos, tais como: retirar e colocar monitores de prateleiras e mesas de apoio, organizar os equipamentos e mobiliário na unidade do doente e em salas especiais e separar os equipamentos e mobiliários com problemas técnicos para reparos.

De facto, ao longo dos últimos anos, foram vários os investigadores que se interessaram sobre os princípios ergonómicos aplicados ao trabalho de enfermagem: MARZIALE (1991, 2000, 2002); MAURO (2004); NISHIDE (2004); ALEXANDRE (1993, 1998, 2000), ALBUQUERQUE (2003). Estes identificaram que os principais riscos estão directamente relacionados com a movimentação e transporte de doentes, manuseamento de equipamentos e materiais, posturas prolongadas e inadequadas em relação à coluna vertebral e equipamento não regulável.

Face ao que acabei de mencionar, e perante o interesse demonstrado pela equipa, considero pertinente reflectir acerca desta problemática de modo a implementar práticas que ofereçam condições seguras para o desempenho

profissional. Para tal, a formação acerca da movimentação de doentes e outras cargas é uma sugestão que considero importante incluir no plano de formação do serviço, tendo os especialistas em Enfermagem de Reabilitação um papel determinante na disseminação destes conhecimentos juntos dos colegas.

Outra necessidade sentida pelos colegas da equipa relaciona-se com a optimização dos cuidados ao doente com patologia respiratória. A insuficiência respiratória é frequentemente a causa de internamento na UCIP, ou um problema associado. Numa perspectiva fisiopatológica, os diagnósticos de enfermagem predominantes relacionam-se com a ventilação ineficaz ou alterações do padrão ventilatório, a limpeza ineficaz das vias aéreas e trocas gasosas ineficazes.

Perante um doente com um padrão respiratório ineficaz, o enfermeiro tem o importante papel de maximizar a ventilação e melhorar o fluxo aéreo, de modo a eliminar ou reduzir as queixas de dificuldade respiratória, recuperar e manter uma ventilação eficaz e reduzir a ansiedade, conseguindo um aumento progressivo dos níveis de actividade (HOEMAN, 2000). Os especialistas em enfermagem de reabilitação têm, perante os restantes elementos da equipa, o dever partilhar o conhecimento relativamente às técnicas de relaxamento e alguns exercícios respiratórios que facilitem a manutenção de uma ventilação adequada.

A limpeza ineficaz das vias aéreas é muito frequente encontrada nos doentes da UCIP. Em condições normais as inspirações profundas e a tosse são suficientes para mobilizar as secreções e expeli-las das vias aéreas. No entanto, quando são excessivas, quando os músculos respiratórios estão fracos e/ou quando as secreções são demasiado espessas tornam-se difíceis de mobilizar e eliminar (HOEMAN, 2000). Para manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada, os enfermeiros deverão contribuir para o ensino de uma tosse eficaz, treinar técnicas que possam contribuir para a tosse eficaz e manter a hidratação e humidificação adequadas. Através da avaliação inicial devem identificar-se os factores que contribuem para a limpeza ineficaz das vias aéreas e seleccionar as intervenções mais apropriadas. Os enfermeiros de cuidados gerais, devidamente formados podem desenvolver algumas

destas intervenções que têm um forte impacto na evolução clínica favorável do doente.

O compromisso nas trocas gasosas acontece quando a pessoa “sofre um desequilíbrio entre o aporte de oxigénio e a eliminação do dióxido de carbono a nível das trocas gasosas na membrana alvéolo-capilar” (KIM *et al*, 1993, citado por HOEMAN, 2000), tem como principal causa um desequilíbrio entre a ventilação e a perfusão e manifesta-se por hipoxémia e/ou retenção de CO₂. Este desequilíbrio poderá relacionar-se com a limpeza ineficaz das vias aéreas e o padrão respiratório ineficaz. Na maioria dos casos os doentes apresentam mais do que um dos problemas respiratórios referidos, pelo que impera a combinação de abordagens. A terapia de posição e a prevenção e correcção de defeitos posturais incluem técnicas simples que todos os enfermeiros devem aplicar para prevenir complicações respiratórias e melhorar a relação ventilação/perfusão.

Os especialistas em enfermagem de reabilitação possuem conhecimentos acrescidos nestas áreas que acabei de mencionar e tem o dever de formar a restante equipa de modo a assegurar os melhores cuidados de saúde durante as 24h do dia, todos os dias da semana.

Um dos aspectos encontrados na UCIP do HSFX e que considero bastante positivo é a preocupação com a manutenção da integridade cutânea e o tratamento das soluções de continuidade caso estas já estejam instaladas.

A pele funciona como uma barreira biológica entre o organismo e o ambiente e como um mediador psicossocial entre a pessoa e a sociedade. A perda da integridade cutânea prolonga a estadia nas instituições de saúde, comprometendo os programas de reabilitação, interfere com a capacidade individual para realizar as actividades do autocuidado, prejudica os papéis sociais e em determinados casos pode pôr a vida em risco (HOEMAN, 2000). Por tudo isto, ajudar as pessoas a manterem e recuperarem a integridade da pele constitui uma das principais responsabilidades dos enfermeiros em geral e dos enfermeiros especialistas em reabilitação em particular.

Na UCIP, como em qualquer unidade de cuidados intensivos, são múltiplos os factores que concorrem para a ocorrência de úlceras de pressão. O mais importante, e como o próprio nome indica, é a pressão. O cisalhamento e a fricção também se encontram entre os principais factores. Dos secundários, destaco o grau de mobilidade, a sensibilidade, a nutrição, a idade, a diabetes e a incontinência (HOEMAN, 2000).

Apesar desta panóplia de factores, frequentemente presentes em simultâneo no mesmo doente, a incidência de úlceras de pressão é reduzida, o que traduz a qualidade dos cuidados prestados.

No sentido de avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, é utilizada a Escala de Braden no serviço. Esta escala avalia 6 factores: mobilidade, actividade, humidade, percepção sensorial, nutrição e fricção e cisalhamento. Através da percepção da dimensão do risco, é possível instituir cuidados preventivos precocemente, evitando a ocorrência de úlceras de pressão e as suas conhecidas consequências.

A manutenção de uma nutrição adequada é uma preocupação constante e de valorizar entre os enfermeiros da UCIP do HSFX, instituindo-se a alimentação entérica o mais precocemente possível, caso as pessoas não consigam uma alimentação por via oral. Os doentes internados em cuidados intensivos estão frequentemente sujeitos a um elevado número de solicitações energéticas necessárias à manutenção das defesas orgânicas, o que leva ao aumento do catabolismo das proteínas. A manutenção de uma nutrição adequada impede o consumo das proteínas musculares, conservando a massa muscular fundamental para o processo de reabilitação e para a preservação da integridade cutânea.

Além da higiene da pele e da nutrição, a alternância de decúbitos e o alívio da pressão das proeminências ósseas são também uma preocupação constante. A manutenção do alinhamento corporal e o posicionamento de acordo com determinadas situações específicas penso que beneficiará em ser abordado na

formação em serviço, uma vez que existe a consciência de que são assuntos importantes a aprofundar.

Queria ainda salientar, como factor facilitador de todo o processo de cuidados, a dinâmica vigente da equipa interdisciplinar. É notório o envolvimento e o esforço conjunto dos vários elementos para uma resolução dos problemas para além do limite da sua própria disciplina, colaborando sempre que as intervenções se situem em áreas sobreponíveis. Este método de interacção de equipa está descrito como sinérgico, produzindo resultados mais globais que qualquer disciplina, isoladamente, pode alcançar (HOEMAN, 2000).

Na UCIP, a equipa interdisciplinar tem a dupla de missão de salvar vidas e proporcionar qualidade de vida. As práticas profissionais constatadas durante o estágio foram em todos os momentos promotoras de bem-estar, prevenindo simultaneamente incapacidades e complicações posteriores e visando que a pessoa atinja o máximo potencial funcional e um estilo de vida o mais independente possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ↪ ALBUQUERQUE, P. C. (2003), **Doenças Profissionais: A Formação na Prevenção Das lesões Músculo-Esqueléticas**, Lisboa: Universidade Aberta, tese de Mestrado Comunicação em Saúde;
- ↪ ALEXANDRE, Neuza – **Contribuição ao estudo das cervicodorsolombalgias em profissionais de enfermagem**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1993. 186 f. Tese de Doutorado;
- ↪ ALEXANDRE, Neusa – Ergonomia e as actividades Ocupacionais da equipe de enfermagem. **Rev Esc. Enf** . São Paulo: Universidade de São Paulo v.32, n,1 (1998), p. 84-90;
- ↪ ALEXANDRE, Neusa; ROGANTE, Maria. Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos. **Rev Esc. Enf**. São Paulo: Universidade de São Paulo [online]. ISSN 0080-6234, vol.34, n.2, (2000) pp. 165-173;
- ↪ HOEMAN, Shirley (2000). **Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo**. 2ª ed. Loures: Lusociência;
- ↪ MARZIALE, Maria Helena; MELO, Márcia; SILVA, Eliete - A postura corporal adoptada pela enfermeira durante a execução. **Rev Bras Saúde Ocup.**, vol 19, nº 73, Abr/Jun (1991), p. 19-24;
- ↪ MARZIALE, Maria; ROBAZZI, Maria Lúcia. **O trabalho de Enfermagem e a Ergonomia**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. ISSN 0104-1169., vol.8, n.6, (2000) pp. 124-127;
- ↪ MARZIALE, M; RODRIGUES, C. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana** (2002) 10 (4), 571-7;
- ↪ MAURO, Maria; MUZI, Camila; GUIMARÃES, Raphael; MAURO, Carla. Riscos ocupacionais em saúde. **Rev. Enferm.**; Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro. 12(3) Dez. 2004 p. 316-322;
- ↪ NISHIDE, Vera; BENATTI, Maria. **Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2004, vol.38, n.4, pp. 406-414. ISSN 0080-6234.

ANEXO V – Folha de Registos de Enfermagem de Reabilitação

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

DATA DE ADMISSÃO __/__/__

DATA DE ALTA __/__/__

CAMA__


DIAGNÓSTICO _____

CATERISMO __/__/__

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA _____

ANTECEDENTES PESSOAIS _____

PROFISSÃO _____

| AVALIAÇÃO INICIAL | | DATA | | | |
|---|--|---|----------|--|--|
| Factores de Risco | Tabagismo | | | | |
| | Diabetes | | | | |
| | Dislipidémia | | | | |
| | Sedentarismo | | | | |
| | Hipertensão Arterial | | | | |
| | Obesidade | | | | |
| | Stress, Depressão , Ansiedade | | | | |
| Avaliação Física | Frequência Cardíaca (ppm) | | | | |
| | Frequência Respiratória (cpm) | | | | |
| | SpO ₂ (%) | | | | |
| | 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) | | | | | |
| Padrão de Actividade e Exercício Físico | | | | | |
| Padrão Cognitivo-Perceptivo | Escolaridade | | | | |
| | Memória (escala de memória) | | | | |
| Auscultação | 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. | | | |
| Radiografia de Tórax | <input type="checkbox"/> Hipotransparência |  | | | |
| | <input type="checkbox"/> Hipertransparência | | | | |
| CONHECIMENTO DO DOENTE AO NÍVEL DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO | | | | | |
| (Desconhece (D) / Revela Conhecimento (RC) / 1º Ensino (E) / Reforçado Ensino (RE)) | | | | | |
| DATA | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | | |
| Causa de Cirurgia | | | | | |
| Procedimento Cirúrgico | | | | | |
| Preparação Física | | | | | |
| Circuito Pós-Cirúrgico | | | | | |
| Remoção de Drenos, entubações e cateteres | | | | | |

