



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém

Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Prevenção do Ombro Doloroso no Indivíduo com AVC

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

Ana Graça Ferreira Domingos

Orientadora:

Professora Doutora Maria João Esparteiro

Co-Orientadora:

Professora Mestre Júlia Santos

DEDICATÓRIA

*A TODOS OS ENFERMEIROS QUE NA SUA MISSÃO DE
CUIDAR DO OUTRO PROCURAM A EXCELÊNCIA DE SI
PRÓPRIOS*

Aos Professores José Lourenço, Joaquim Simões, Maria João Esparteiro e Júlia Santos, sentidos como uma mais-valia pela sua orientação, disponibilidade e amizade.

Aos Enfermeiros Cooperantes, pela sua boa vontade, pelo seu testemunho profissional, a sua proficiência em reabilitar.

À minha família, marido, filhotes e amigos pela paciência, compreensão e apoio nos momentos difíceis.

À Lena, co-pilota nesta viagem, para que se inspire a continuar.

A TODOS O MEU SINCERO RECONHECIMENTO!

**“O conhecimento dirige a prática; no entanto, a prática
aumenta o conhecimento”**

Thomas Fuller

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIT - Acidente isquémico Transitório

AV's – Actividades de Vida

AVC - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

AVD's – Actividades de Vida Diárias

CATR - Ciclo Activo das Técnicas Respiratórias

ed. – edição

MAF - Medida de Avaliação Funcional

MIF - Medida de Independência Funcional

Nº - número

p. – Página

PBE – Prática Baseada na Evidência

PI[C]O – População Intervenção Comparação Outcome

T6 - 6ª vértebra torácica

Vol. - Volume

RESUMO

O presente trabalho consiste numa análise crítica ao desenvolvimento do estágio II, na área da Neurologia e Neurotraumatologia, contextualizado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Dessa reflexão emergiu uma área temática, sentida pela mestranda como lacuna nas suas competências, enquanto enfermeira de reabilitação, no cuidado especializado ao indivíduo com AVC. Essa dúvida diz respeito à prevenção da síndrome do ombro doloroso, tendo-se tornado óbvio o impacto desta complicação, não só no prognóstico da situação, como também no desconforto e sofrimento associados à doença. A pertinência desta questão no contexto do indivíduo hemiplégico, é suportada pelos estudos, que apontam que a prevalência do ombro doloroso pode alcançar até 85% dos casos.

Para resolução da problemática, foi utilizada a metodologia PICO . Após definição da pergunta de partida, dos descritores de pesquisa e dos critérios de inclusão/ exclusão foram seleccionados para análise 6 documentos de uma amostra inicial de 177, retirados das bases de dados científicas/ plataformas de pesquisa CINAHL Plus with Full Text e Nursing Reference Center.

Da análise dos artigos consultados constatou-se que é inquestionável que a intervenção do enfermeiro de reabilitação contribui para a prevenção do ombro doloroso. Essa intervenção engloba não só um conjunto de técnicas de protecção articular que são da sua esfera autónoma, como também a sua vertente de educador e formador.

O enfermeiro especialista de reabilitação deve compreender o seu papel na equipa interdisciplinar, motivando e envolvendo o alvo dos seus cuidados, na medida em que o assiste nas 24 horas do dia. O seu sucesso estará directamente ligado à sua capacidade em se manter actualizado pela melhor evidência científica.

Palavras-chave: Enfermeiro de reabilitação, prevenção, ombro doloroso, AVC.

ABSTRACT

The present document consists in a critical analysis to the development of traineeship II, in the area of Neurology and Neurotraumatology, contextualized in a Master Degree in Rehabilitation Nursing. From this reflection emerged a thematic area, felt by the student as a lacuna in hers competences, while rehabilitation nurse, in specialized care to individuals with stroke. This question concerns the prevention of shoulder pain syndrome, having become obvious the impact of this complication, not only in the prognosis of the situation, as also in discomfort and suffering associated with this problem. The relevance of this issue in the context of the hemiplegic individual is supported by studies, which suggest that the prevalence of the shoulder pain can reach up to 85% of cases.

For the resolution of this problematic, was used the methodology PI[C]O. After defining the starting question, search descriptors and the criteria for inclusion/exclusion, were selected for analysis 6 documents of an initial sample of 177, searched from scientific databases/platforms search CINAHL Plus with Full Text and Nursing Reference Center.

From the analysis of articles consulted it was found that it is unquestionable that the rehabilitation nurse intervention contributes to the prevention of shoulder pain. Such intervention includes not only a set of joint protection techniques (from their autonomous sphere), but also the role of educator and trainer.

The rehabilitation nurse should understand their role in interdisciplinary team, motivating and involving the target of their care, in so far as their 24 hours care. The success will be directly associated to the ability to maintain updated by the best scientific evidence.

Keywords: Rehabilitation Nurse, prevention, shoulder pain, stroke.

INDICE

	p.
INTRODUÇÃO	21
1. ANÁLISE CRÍTICA AO DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO II	25
2. METODOLOGIA DE PESQUISA	39
3. ANÁLISE DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	43
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
5. REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	55
Anexo I – Projecto do Estágio II “ <i>Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/ família com alterações neurológicas não traumáticas</i> ”.	57
Anexo II – Projecto do Estágio II “ <i>Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/ família com alterações neurológicas traumáticas</i> ”.	71
Anexo III – Projecto do Estágio II “ <i>Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/ família com alterações cerebrovasculares em fase aguda</i> ”.	85
Anexo IV – Artigo “ <i>Poststroke Shoulder Pain: Inevitable or Preventable?</i> ”	99
Anexo V – Tabela de análise do artigo “ <i>Poststroke Shoulder Pain: Inevitable or Preventable?</i> ”	107
Anexo VI - Artigo “ <i>Post-stroke shoulder subluxation: A concern for neuroscience nurses</i> ”	111
Anexo VII - Tabela de análise do artigo “ <i>Post-stroke shoulder subluxation: A concern for neuroscience nurses</i> ”	119
Anexo VIII – <i>Guideline “Guide to care of hospitalized patient with ischemic stroke (2ª edição)”</i>	123
Anexo IX – Tabela de análise da <i>Guideline “Guide to care of hospitalized patient with ischemic stroke (2ª edição)”</i>	179
Anexo X – <i>Guideline “Selected topics in stroke management. Shoulder pain assessment and treatment. In: Canadian best practice recommendations for stroke care.”</i>	183
Anexo XI – Tabela de análise da <i>Guideline “Selected topics in stroke management. Shoulder pain assessment and treatment. In: Canadian best practice recommendations for stroke care.”</i>	205

Anexo XII – <i>Guideline “Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline”</i>	209
Anexo XIII – Tabela de análise da <i>Guideline “Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline”</i>	237
Anexo XIV – <i>Guideline “Managing complications. In: Clinical guidelines for stroke management 2010.”</i>	241
Anexo XV – Tabela de análise da <i>Guideline “Managing complications. In: Clinical guidelines for stroke management 2010.”</i>	283

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1 - Contextualização do Estágio II	25
Quadro nº 2 - Critérios de inclusão/ exclusão para selecção dos artigos a estudar	40

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela nº 1 – Número de artigos pesquisados na plataforma de pesquisa, em <i>full text</i> , publicados entre 2006 e 2011, para cada descritor.	41
Tabela nº 2 – Número de artigos pesquisados na plataforma de pesquisa, em <i>full text</i> , publicados entre 2006 e 2011, resultantes do cruzamento entre descritores	41

INTRODUÇÃO

Referente à obtenção do grau de Mestre, este documento surge contextualizado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvido na Escola Superior de Saúde de Santarém, durante os anos 2010/2011. Como planificado para o 3º semestre do curso, tendo por base a unidade curricular Estágio e Relatório, e de forma a consolidar os conhecimentos adquiridos nos semestres anteriores, os mestrandos desempenharam um estágio de natureza profissional, para o qual foi determinada a elaboração de um relatório final.

Este trabalho na sua essência, assenta na finalidade do curso: Promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto-formação e reflexividade sobre a prática.

Assim, de acordo com os objectivos do estágio, cada mestrando seleccionou diferentes contextos da prática, que na sua especificidade prestam cuidados a indivíduos com alterações neurológicas, ao cuidado de equipas interdisciplinares, constituídas também por enfermeiros especialistas em reabilitação. As aprendizagens desenvolvidas, foram suportadas em projectos individuais de estágio, sob orientação dos professores tutores e dos enfermeiros cooperantes nos locais.

Mais do que aprofundar os conhecimentos previamente adquiridos, ou praticar técnicas específicas de reabilitação, o estágio permitiu à mestranda integrar o papel do enfermeiro de reabilitação, na realidade da prestação efectiva de cuidados. Observando o funcionamento de uma equipa de reabilitação, perspectivando a sua função, partilhando da experiência dos enfermeiros cooperantes, construindo confiança no seu cuidar com os progressos de cada indivíduo. Tornou-se uma jornada peculiar, visto que nesta etapa se deixa novamente de ser a enfermeira proficiente ou perita dos contextos laborais, como define BENNER (2001), e se volta a personificar a enfermeira iniciada, com um novo percurso profissional para apreender.

Além da aposta neste desenvolvimento profissional, a construção desta nova identidade de enfermeira de reabilitação deve basear-se na perspectiva da enfermagem avançada, enquanto intervenção caracterizada por um nível mais elevado de “saberes” que permite estabelecer objectivos e formular opções para a acção, baseada na prática, teoria e investigação (SILVA, 2007).

Foi este o desafio que foi colocado aos mestrandos, que analisando os seus próprios interesses de aprendizagem, face às experiências vivenciadas ao longo do Estágio II,

focalizados nas necessidades formativas que identificaram, seleccionassem uma área de interesse a trabalhar.

Para tal, e sempre no sentido de promover a reflexão na acção e sobre a acção, foi novamente proposto aos mestrandos a utilização da lógica da prática baseada na evidência, suportada na metodologia PI[C]O. Trabalhar estas metodologias, permite desenvolver conhecimentos e conseqüentemente competências objectivando a qualificação profissional, numa perspectiva vanguardista do planeamento de cuidados.

Sentindo-se a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na prática clínica, este trabalho permite aprofundar a idoneidade da mestranda na metodologia, numa perspectiva cada vez mais rigorosa e crítica. Neste contexto entende-se competência profissional na perspectiva de SACKETT; STRAUS; RICHARDSON; ROSENBERG; HAYNES (2000), como a mestria de utilizar “as nossas capacidades/ perícias clínicas e experiência passada para rapidamente identificar o estado de saúde e o diagnóstico de cada doente, os riscos e benefícios individuais de intervenções potenciais, e os seus valores e expectativas pessoais”.

RUTLEDGE e GRANT (2002), referem que a prática baseada na evidência (PBE) “Define cuidados de enfermagem que integrem melhor a evidência científica, como sendo o conhecimento da fisiopatologia, o conhecimento das questões psicossociais, as preferências e os valores dos clientes em relação à tomada de decisão dos seus processos terapêuticos.” Atendendo a que são necessários aproximadamente 17 anos para que os resultados da investigação se repercutam na prática clínica (BALAS e BOREN, 2000, <URL: [http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223\(05\)00145-6/fulltext](http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223(05)00145-6/fulltext)>), a PBE através da metodologia PI[C]O, é uma forma pró-activa de os profissionais de enfermagem garantirem a assertividade, cientificidade e qualidade dos seus cuidados.

Para tal há que atender a algumas considerações. Segundo CRAIG e SMYTH (2004) a utilização da abordagem baseada na evidência na prática clínica, tem o propósito de prestar cuidados apropriados, de um modo eficiente, a cada doente. Assim, na tomada de decisão, é necessária a integração da evidência pela investigação, associada à perícia clínica, à interpretação das necessidades e às perspectivas dos doentes. Os autores também referem, que “os cuidados de enfermagem englobam uma vasta gama de intervenções e utilizam, por conseguinte, uma base diversa de evidência (incluindo, por exemplo, a evidência proveniente da psicologia, sociologia e saúde pública)” (CRAIG e SMYTH, 2004). Também mencionam que é imprescindível que os enfermeiros desenvolvam competências chave de forma a aceder e a utilizar, apropriadamente, a evidência na prática clínica.

Neste trabalho proceder-se-á a uma análise, numa perspectiva crítica, das actividades desenvolvidas pela mestranda durante o ensino clínico. Nesse contexto, é identificada uma temática aprofundada pela mestranda, enquanto necessidade de desenvolvimento pessoal, abordada na óptica da prática baseada na evidência.

Sendo um objectivo, na sua essência, um agente de orientação, foram definidos para este trabalho os seguintes:

- Analisar criticamente as actividades desenvolvidas no Estágio II, atendendo aos projectos previamente elaborados;
- Desenvolver cognitivamente uma situação emergente da prática clínica.
- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia PI[C]O

1. ANÁLISE CRÍTICA AO DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO II

O estágio II, contextualizado no 2º ano/ 1º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, teve o seu enfoque nos cuidados especializados de reabilitação ao indivíduo com alterações neurológicas, e família. Neste processo de construção de um conjunto de competências essenciais ao enfermeiro especialista de reabilitação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009), a mestranda pretendia maximizar as seguintes capacidades:

“J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/ doença e ou incapacidade.

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade.

J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.”

(...)

J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social

(...)

J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)

Esta fase de aprendizagem desenvolveu-se em três locais diferenciados, num espaço temporal de 13 semanas de presença física, como demonstra o seguinte quadro:

Quadro nº 1 - Contextualização do Estágio II

ÁREA TEMÁTICA	LOCAL	DURAÇÃO
Estágio de Neurologia Não Traumática	Piso 1 – Centro de Medicina e Reabilitação do Sul, São Brás de Alportel	5 semanas
Estágio de Neurologia Traumática	Unidade de Lesionados Vertebro – Medulares - Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais, Tocha	4 semanas
Estágio de Opção	Unidade de AVC – Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa	4 semanas

Para cada contexto, foi previamente elaborado um projecto orientador do percurso do estágio (Anexos I, II e III), com base nas competências a desenvolver, sintonizadas nas necessidades sentidas individualmente de aprendizagem. Tendo-se a mestranda proposto desenvolver competências específicas, enquanto profissional de Reabilitação no campo de acção da Neurologia, em termos de projecto, sintetizou primeiramente essas ambições em dois objectivos gerais:

- Desenvolver competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/ interdisciplinares à pessoa/família com doença neurológica/neurotraumática, 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 área de especialização.

Será em relação a estes aspectos que se baseará a apreciação do desempenho obtido durante este processo, com referência às estratégias adoptadas, dificuldades encontradas e ganhos para a aprendizagem. De referir, que com o culminar das experiências de aprendizagem relativas ao ensino clínico do curso, o estágio de opção, enquanto último estágio, permitiu construir a ponte entre a realidade académica e a realidade profissional da mestranda. Foi assim importante consolidar os conhecimentos adquiridos e compreender quais as necessidades a colmatar, tendo em vista as exigências específicas do seu campo profissional de acção. Neste sentido, optou-se por se evidenciar os cuidados especializados de reabilitação aos indivíduos/ família com AVC em fase aguda, visto ser esta uma das populações alvo de cuidados no contexto profissional da mestranda. Independentemente da preferência em trabalhar com o indivíduo com AVC, todas as outras experiências clínicas foram valorizadas e diligenciadas, de forma a maximizar o seu processo de aprendizagem.

Para satisfazer com qualidade as necessidades do alvo dos cuidados especializados, o maior desafio foram as actividades que contemplaram a avaliação inicial e o planeamento dos cuidados, pois sem se compreender rigorosamente o que se passa com a pessoa, quais as suas necessidades mais prementes, as suas especificidades, as suas limitações e potencialidades, todo o restante processo fica comprometido. Desenvolver esta competência foi tanto mais um desafio, quanto menos sistematizada estava a informação clínica dos doentes, nos diferentes locais de estágio. Houve locais que em nenhum doente se utiliza o registo da avaliação clínica de enfermagem e o plano de cuidados era standartarizado para todos, não existindo especificidade e individualidade contempladas, em que não são utilizadas quaisquer escalas de avaliação pelos enfermeiros. Tal dificultou por vezes a adaptação ao local, sobretudo se o enfermeiro cooperante não tinha muita disponibilidade para acompanhamento e se deixava ao critério da mestranda o rumo das actividades, a decisão de como organizar a sua acção. Ao cuidado da mestranda estavam várias pessoas que não conhecia, cuja informação da passagem de turno era reduzida e sem o tradicional processo clínico contendo uma avaliação clínica de enfermagem ou um plano de cuidados. Sem doentes específicos atribuídos, os primeiros dias foram, por vezes, pouco produtivos e de certa forma

desmotivantes – o que fazer, a quem e quando eram perguntas sem resposta. Era um facto que a inoperância inicial da mestranda baseava-se no facto de não conhecer os doentes, logo não ter bases para planear a sua actividade. Decidiu então organizar a informação, de forma a conseguir posteriormente melhor se adaptar, ou seja, foram despendidas algumas horas a compilar os dados considerados importantes: historial da doença, objectivos da pessoa para o internamento e estratégias delineadas entre equipa para os atingir, avaliação pela escala MIF/MAF (Medida de Independência Funcional/ Medida de Avaliação Funcional), avaliação da força muscular e da sensibilidade no início do internamento, avaliação social, etc. Foi uma estratégia eficaz, o ponto de partida para uma experiência de sucesso, ajudando a ultrapassar esta barreira inicial. Foi também uma forma de conhecer as escalas de avaliação utilizadas e de se familiarizar com elas. Uma vantagem destas instituições onde desenvolveu estágio, foi o rigor de avaliar o doente sempre com base em escalas validadas, sendo esta mais-valia mais uma oportunidade de conhece-las, usá-las e assimilá-las, falando a mesma linguagem da restante equipa e percebendo a importância de mensurar, de forma a compreender as evoluções ou não do percurso da pessoa. De realçar que algumas das escalas de avaliação neurológica e de funcionalidade com que contactou e que não conhecia, parecem à mestranda instrumentos em falta na sua realidade profissional, ponderando assim dinamizar a sua utilização num futuro próximo.

GEORGE *et al.* (2000) definem o processo de enfermagem como o “esquema subjacente que propicia ordem e direcção ao cuidado de enfermagem (...) é o instrumento e a metodologia da profissão” e como tal ajuda o enfermeiro a tomar decisões e a avaliar e prever as suas consequências. Foi desenvolvido como um método específico para a aplicação da abordagem científica na solução de problemas na prática clínica da enfermagem. Como é corrente, o processo inicia-se na fase investigativa que inclui a colheita e análise dos dados e de onde brotarão os diagnósticos de enfermagem.

Atendendo a que, na especificidade da enfermagem de reabilitação, objectiva-se “melhorar a função, promover a independência e a satisfação com a vida e preservar a auto-estima” (HOEMAN, 2000), o processo pelo qual estas metas são atingidas, consiste numa avaliação globalizante, em que um dos focos de atenção é a da avaliação da capacidade funcional, que pode ser definida como a “capacidade para desempenhar uma variedade de competências necessárias às actividades físicas, cognitivas, comportamentais e sociais” (HOEMAN, 2000). Outrora vulgar que esta avaliação pudesse ser pouco específica e subjectiva, nos dias correntes é inaceitável que este processo não seja formal, incorporado no processo de enfermagem, utilizando instrumentos aperfeiçoados que traduzam informações fiáveis e válidas. Outros autores são unânimes de que a avaliação funcional de enfermagem deve ser baseada em objectivos validados e mensuráveis (instrumentos, escalas e testes), como forma de garantir cientificidade à mesma. Também a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) reitera esta opinião, quando define que o enfermeiro especialista de reabilitação “recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções (...)” Assim, através da avaliação adequada, relativa às capacidades/incapacidades do

indivíduo, assente em medições funcionais e objectivas, parece existir uma influência directa no diagnóstico de enfermagem, no planeamento de intervenções (actividades de reeducação funcional) e obviamente nos resultados específicos, tendo sido também esta a percepção da mestrandia durante a experiência em campo de estágio. Para decisão do que pode ser feito para ajudar a pessoa, é imprescindível o estabelecimento mútuo (enfermeiro/pessoa) de metas e objectivos, o julgamento de prioridades e o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas, que nesta especificidade implica actividades de reeducação funcional.

Assim, outra área de desenvolvimento foi o treino de competências técnicas, através da execução das acções de enfermagem de reabilitação planeadas, consoante necessidades identificadas previamente na pessoa, nomeadamente na área da reeducação funcional motora, da reeducação funcional respiratória e na área da reeducação intestinal e vesical.

Qualquer um dos locais de estágio constituiu uma oportunidade de desenvolvimento da competência técnica, nomeadamente na pessoa com lesão vertebro-medular, com doença neurológica degenerativa e com AVC em fase aguda e subaguda. Após conhecer os indivíduos internados, de perceber as suas necessidades, a mestrandia pôde executar e aperfeiçoar variadas técnicas. O contacto com os enfermeiros cooperantes permitiu adaptar alguns conhecimentos já firmados no estágio I, nomeadamente ao nível da reeducação funcional respiratória, sobretudo em doentes do âmbito restritivo. Na anterior passagem por um serviço de Pneumologia, durante o estágio I, a mestrandia contactou sobretudo com doentes com patologia respiratória obstrutiva, e teve assim oportunidade de cuidar de indivíduos com necessidades diferentes. Atendendo a que em algumas instituições onde desenvolveu estágio a cinesioterapia respiratória é da responsabilidade do enfermeiro especialista, foi necessário frequentemente prestar cuidados a doentes com patologias neurológicas com repercussões respiratórias de ordem restritiva, nomeadamente com Lesão Vertebro-Medular (sobretudo cervical ou torácica), com Síndrome de Guillain Barré, Esclerose Múltipla e Esclerose Lateral Amiotrófica, com recurso a técnicas como a de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios com ênfase inspiratória, reeducação diafragmática, reeducação costal global e selectiva, drenagem postural clássica e modificada, terapêutica de posição, técnica da tosse dirigida ou assistida, CATR e manobras acessórias de drenagem. A orientação do enfermeiro cooperante foi essencial no aprimorar quer da avaliação, quer do planeamento/ adequação ou execução das diferentes técnicas, tendo a área da cinesioterapia respiratória actualmente se tornado um dos pontos fortes da mestrandia (conforme avaliação do enfermeiro cooperante) e uma importante mais-valia na resposta às necessidades dos doentes do seu próprio serviço.

De entre os indivíduos internados com AVC, foram acompanhados doentes com diferentes níveis de necessidades (desde totalmente dependentes a quase independentes) e a mestrandia após assimilar as suas necessidades, pôde executar e aperfeiçoar técnicas como o posicionamento em padrão anti-espástico, exercícios de mobilidade articular, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de facilitação cruzada, exercícios terapêuticos, treino de equilíbrio, treino de marcha, entre outras. O contacto com a experiência da equipa de reabilitação das unidades onde desenvolveu o estágio (nomeadamente fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala), permitiu tomar contacto com várias abordagens terapêuticas, quer em termos de exercícios, quer de estratégias de ensino/ treino de AVD's. Efectivamente, a maioria das técnicas desenvolvidas não são exclusivas da enfermagem, pelo que foram treinadas com o apoio de todos os elementos da equipa de reabilitação. Um aspecto interessante dos centros especializados em reabilitação, é que o doente é abordado em conjunto com outros profissionais, que também trabalham o treino de AVD's, a reeducação motora e cognitiva ou a preparação do regresso a casa. Apesar de ter estes factos presentes desde o primeiro dia, não foi fácil integrar imediatamente esta dinâmica. No hospital, o doente está todo o tempo na enfermaria e em primeira instância é o enfermeiro que organiza o seu dia. "Partilhar" o doente não é fácil ao início, ver outro profissional trabalhar áreas que habitualmente (ou na realidade conhecida pela mestranda) são só do enfermeiro, nomeadamente o treino de AVD's. Foi preciso ultrapassar pessoalmente essa dificuldade inicial e ter a maturidade de apreender esta abordagem e as suas vantagens para o indivíduo em reabilitação. A mestranda pensa tê-lo conseguido, baseando-se numa perspectiva positiva de aprendizagem, forçando-se a sair de uma "zona de conforto" e a aceitar a experiência enquanto uma situação de crescimento profissional.

A promoção do auto cuidado foi uma preocupação constante no cuidar especializado aos doentes, atendendo às suas capacidades potenciais e motivando-os a acreditar nas mesmas. Estas actividades essenciais à actividade autónoma do enfermeiro foram sempre consideradas no cuidar dos doentes internados, o que é facilitado pela filosofia das instituições conhecidas pela mestranda, no contexto deste estágio. Houve assim oportunidade de instruir e treinar os doentes, não só no que se reporta às actividades de vida diárias, como também exercícios de relaxamento, exercícios respiratórios e de reeducação motora, consoante as necessidades diagnosticadas, na perspectiva do enfermeiro especialista de reabilitação.

A Unidade de AVC, dedicada à fase aguda, tem a particularidade de ter um contexto temporal particular no cuidar destes doentes, porque é nesta fase que os doentes enfrentam pela primeira vez a incapacidade inerente à sequela. Além de necessidade de instruir e treinar os indivíduos, no que toca à readaptação às actividades de vida diárias, também é necessário motivá-los, começando por ajudá-los a compreender e aceitar a sua situação e a ultrapassar o impacto negativo inicial. Os estágios em centros de reabilitação foram particularmente enriquecedores no que concerne ao contacto com diversificados tipos de produtos de apoio, ortóteses e outros elementos facilitadores da adaptação da pessoa à sua condição, perspectivando a autonomia. Foi interessante compreender os progressos da pessoa e a variação no tipo de necessidade destes objectos, avaliar os *handicaps* e minimizá-los. Nos doentes tetraplégicos, é ainda importante o envolvimento da família enquanto futuros cuidadores, atendendo ao elevado grau de dependência de terceiros inerente a estes doentes. Embora alguns familiares acompanhassem a pessoa no internamento, já se encontravam adaptados ao seu papel, pois todos os doentes tinham várias semanas de internamento. Foi interessante, atendendo ao número de adultos jovens e em idade produtiva internados, a

procura de soluções, por parte das instituições, de forma a garantir formação e readaptação ao mundo profissional, atendendo às limitações/ potencialidades das suas situações específicas.

Para além de prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, à pessoa com sequelas neurológicas, era também objectivo da mestrandia, desenvolver a sua capacidade de gestão desses cuidados, visando dar resposta às necessidades dos doentes internados, numa perspectiva de trabalho em equipa. Para tal pareceu-lhe importante a identificação do projecto de vida da pessoa/ família, visando a autonomia máxima possível, seguida da integração no processo de reabilitação interdisciplinar. Desse modo, planeou participar na passagem de turno, em reuniões de equipa/ visita médica e acompanhar os indivíduos durante sessões de terapia ocupacional e fisioterapia, de forma a analisar a situação em articulação com a equipa interdisciplinar, para adaptar estratégias educativas na preparação da pessoa/ família para o regresso a casa.

Assim, uma das mais-valias do estágio nos centros de reabilitação, foi o trabalho em equipa de forma consistente, com recurso a estratégias de comunicação interpessoal nunca antes experienciadas. Houve oportunidade de participar nas reuniões de equipa durante a admissão dos doentes, em que tanto a pessoa e família, como os diferentes profissionais intervenientes no processo de reabilitação, partilham a sua percepção do problema do doente, são definidos entre todos um projecto, os objectivos do internamento e as estratégias para os atingir. Depois quinzenalmente existe a visita clínica, em que é discutido entre todos (doente e equipa técnica) a reavaliação do doente, os obstáculos existentes ou as estratégias mais eficazes. Diariamente, existe o *briefing*, em que ao final de cada manhã de trabalho se discute e analisa interdisciplinarmente as situações mais prementes do dia, e se propõem novas intervenções. Programa-se o regresso a casa desde o primeiro dia e trabalha-se com a pessoa e família para tal. O papel da mestrandia, integrada na restante equipa, passou por identificar as necessidades, facilitar a transição e maximizar a capacidade autónoma do indivíduo e família, sendo a necessidade de ensino aos vários níveis constante. De salientar que, acompanhar os indivíduos às diferentes terapias, permitiu não só compreender a forma como a pessoa é reabilitada, mas também aprender com estes técnicos conteúdos, estratégias e especificidades de cuidados, com aplicabilidade na realidade profissional da mestrandia, e que de outra forma não teria acesso, nomeadamente no que toca à pessoa com alteração da deglutição, com afasia e com alterações cognitivas.

Já na Unidade de AVC, se o doente pertencer à área de influência do hospital, também se programa o regresso a casa desde o primeiro dia, com a pessoa e família. Quanto à identificação do projecto de vida, foi uma actividade ambiciosa para o estadio em que os doentes estão. Nestes primeiros dias, é altura de se auto-percepcionarem, com as diferentes mudanças associadas a uma doença sequelar, logo uma fase ainda precoce para amadurecer objectivos e metas para o futuro. Privilegia-se assim trabalhar a adaptação aos défices no auto cuidado e a prevenção de complicações, que possam comprometer o processo de reabilitação, que aí começa.

Sendo a formação da equipa de enfermagem, uma responsabilidade no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista definidas pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009), esta foi uma experiência que a mestranda também quis abarcar, contextualizando-a na especificidade da enfermagem de reabilitação. Isto foi feito de uma forma informal durante o turno de cuidados, em conjunto com o enfermeiro a quem o doente estava atribuído, através da discussão, proposta e orientação dos cuidados, atendendo ao trabalho de equipa e em benefício da evolução da situação da pessoa, sendo que toda a equipa foi assertiva e concordante com esta estratégia.

Para uniformizar estratégias de ensino, num ponto de vista mais formal, e indo de encontro às necessidades da equipa, escolheu-se trabalhar no Centro de Reabilitação do Sul a problemática dos cuidados à pele (por ser uma área da exclusividade do enfermeiro, mas que também se torna relevante pela propensão que existe nestes doentes para o compromisso da integridade cutânea, enquanto efeito da imobilidade), que resultou na construção de um suporte escrito de informação, a entregar e explicitar aos doentes, para que no seu domicílio possam esclarecer dúvidas sobre o ensino executado. O folheto foi também dado a apreciar à equipa de enfermagem, pois enquanto futura utilizadora, pareceu importante a opinião desta sobre a adequação dos conteúdos do mesmo. Para formação da equipa, foi elaborado um poster, no contexto da problemática do ombro doloroso – questão identificada pelo enfermeiro cooperante como descuidada pela equipa de enfermagem, em complementaridade de uma acção de formação. A equipa deu uma opinião favorável dos mesmos e os doentes também se interessaram, tendo participado na sua ilustração (através de fotografia, nos posicionamentos adequados).

Na Unidade de AVC, identificou-se a necessidade de trabalhar a avaliação do risco de queda e a aplicação das devidas medidas preventivas. Segundo TINETTI (2003, <[URL: http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=ebd4fb98-723e-4646-9a71-5497c34288e5%40sessionmgr13&vid=5&hid=113&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=12510042](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=ebd4fb98-723e-4646-9a71-5497c34288e5%40sessionmgr13&vid=5&hid=113&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=12510042) >) mais de 1/3 dos indivíduos com mais de 65 anos caem todos os anos e, em metade destes casos, as quedas são recorrentes. As consequências vão desde lesões mínimas a patologias graves, que provocam drástica diminuição da funcionalidade, independência e qualidade de vida, e conduzem, por vezes, à morte. Atendendo a estes factos e procurando a qualidade dos cuidados, esta era uma área que a chefia de enfermagem identificou como em falta nas actividades da equipa de enfermagem. Assim, constatada a sua relevância, a mestranda propôs-se a colaborar na construção de uma norma de procedimentos, que regulasse esta prática. Para complementar a mesma, foram construídos dois folhetos alusivos às medidas preventivas da queda (um para doentes de alto risco e outro para doentes com médio risco) a entregar e explicitar aos doentes, para que no seu domicílio possam relembrar o ensino previamente executado. O trabalho executado foi validado com a enfermeira chefe do serviço e a enfermeira cooperante, tendo sido remetido à direcção de enfermagem. Caberá a estas profissionais a posterior dinamização do projecto, a complementar por uma acção de formação à equipa, para instituir e uniformizar procedimentos

Na Unidade de Lesionados Vertebro Medular, escolheu-se trabalhar a problemática da Disreflexia Autónoma, por ser uma área da abordagem do enfermeiro que se torna relevante pela propensão que existe nestes doentes para a sua ocorrência (inclusive, houve oportunidade de constatar e actuar em alguns episódios de Disreflexia, durante o estágio). Por entrevista informal aos doentes percebeu-se que havia uma lacuna no entendimento desta situação (causas, sinais de alerta e actuação), o que causou preocupação, atendendo ao elevado número de pessoas internadas com lesão acima de T6. Assim, a mestranda decidiu-se pela construção de um suporte escrito de informação, no qual estava incluído um cartão destacável para que possam transportar a informação sempre que se desloquem e até se recorram a um serviço de urgência geral. Foi também elaborado um poster sobre o tema e afixado na sala comum, de forma a apelar à problemática e a pouco-a-pouco familiarizar os doentes com os diferentes conteúdos a interiorizar.

Durante todo este percurso, é de salientar que foi importantíssimo para completar os conhecimentos teóricos adquiridos em semestres anteriores, revelados insuficientes para o desenvolvimento pleno da função de enfermeira especialista de reabilitação. Foram sendo detectadas as lacunas existentes e tentadas colmatar através da aquisição de livros técnicos e pela pesquisa bibliográfica, validando e discutindo com os enfermeiros especialistas cooperantes, a adequação das mesmas.

Como constatado, nestes contextos de estágio, habitualmente são beneficiários dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, indivíduos com múltiplas patologias do foro neurológico/ neurotraumático, uma área específica em que a reabilitação, segundo HOEMAN (2000) é um processo complexo e individualizado e que requer paciência, motivação, trabalho constante e tempo, necessitando envolvimento total do indivíduo e dos seus familiares. Perante tal complexidade, muitos são os desafios à prática da enfermagem de reabilitação. No entanto da experiência pessoal da mestranda, ouve uma linha comum aos três locais de estágio, que se destacou enquanto área de interesse e lacuna a colmatar. Ao contactar com dois tempos diferentes do processo de reabilitação - a fase aguda da doença (numa Unidade de AVC) e a fase subaguda, com os défices crónicos instalados (nos Centros de Reabilitação) – tornou-se clara a repercussão dos cuidados prestados numa fase inicial, em prol do sucesso numa fase tardia.

Prestar cuidados a indivíduos com doença neurológica na fase aguda, além da necessidade de estabilizar o quadro clínico e tentar travar ou até regredir a extensão dos défices neurológicos, implica também uma primeira fase do processo de recuperação. Isto porque, o processo de reabilitação, defende DUNCAN *et al* (2005, <URL: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100.full>>), dever-se-á iniciar o mais precocemente possível, a partir do momento em que o doente estiver hemodinamicamente e neurologicamente estável, através de uma intervenção multidisciplinar a nível motor, cognitivo e psicológico. São vantagens desta abordagem a minimização do risco de complicações secundárias e a maximização da neuroplasticidade cerebral. Se na perspectiva de HESBEEN (2003) a reabilitação é “a ciência e a arte de gestão de obstáculos potencialmente geradores

de desvantagens”, tem sentido que seja iniciada precocemente, pois HOEMAN (2000) sublinha que na fase aguda, a abordagem tem o seu enfoque na prevenção das complicações, de forma a garantir desde logo um processo de reabilitação com o melhor resultado funcional possível.

No que concerne à fase subaguda, pela necessidade de tempos de intervenção mais prolongada, nomeadamente em regime de internamento, e pela complexidade de muitas das situações, justifica-se para os casos com potencial de recuperação e reabilitação, a existência de Centros de Reabilitação. Estas unidades são por primazia, indispensáveis a um óptimo processo de reabilitação, uma vez que as sequelas incapacitantes e permanentes que as lesões neurológicas podem deixar nos indivíduos têm repercussões muito pesadas a nível pessoal, familiar e social. Da experiência da mestranda nestas unidades, o internamento de doentes para reabilitação de sequelas neurológicas, torna-se muitas vezes prolongado e dificultado, pelas complicações entretanto instaladas. Estas complicações, como sejam as questões da espasticidade, entre outras, agravam o prognóstico funcional e aumentam o grau de dependência destes doentes. O seu tratamento implica a sobrecarga de minorar essas situações, a fim de se poder então recuperar a funcionalidade motora do indivíduo.

Esta questão foi muitas vezes discutida pela mestranda e enfermeiros cooperantes, como uma lacuna da abordagem prévia destes doentes. Tornou-se óbvio o impacto destas complicações não só no prognóstico da situação, como também no desconforto e sofrimento associados à doença. Este eventual hiato nos cuidados prestados na fase inicial da doença, tornou-se ainda mais evidente, no que concerne à problemática da síndrome do ombro doloroso.

KLOTZ, *et al.* referem, numa revisão da literatura (2006, <URL: http://www.actafisiologica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/44F683A84163B3523AFE57C2E008BC8C/editoracao_v1_13_n_01_12-16_color.pdf>), que quando instalada, a hemiplegia compromete os princípios biomecânicos normais e a estabilidade do complexo do ombro, devido a perda do controle motor e do desenvolvimento de padrões anormais de movimento; secundariamente, ocorrem alterações em tecidos moles e subluxação da articulação glenoumeral. Os autores explicam que esta artropatia desenvolve-se na fase aguda do AVC, quando as estruturas que envolvem o ombro estão flácidas, facilitando a subluxação quando se mobiliza e transfere o indivíduo inadequadamente, e também na ausência de mobilização. Porém, na fase crónica, caracterizada pela espasticidade, o ombro pode tornar-se doloroso pelos espasmos e também porque sofre forte tracção, estando igualmente presente a tendência de subluxação. O mecanismo de instalação da síndrome do ombro doloroso nos doentes hemiplégicos pode estar relacionado então com vários factores: subluxação escapulo-umeral, espasticidade, mobilização incorrecta do membro superior paralisado, estiramentos musculares, entre outros, sendo muitas vezes, multifactorial. Referem ainda que a incidência de ombro doloroso prevalece entre 34 a 85% dos pacientes, independente de idade e sexo e ocorre na segunda semana após o acidente vascular.

Um estudo de SANTOS e FESTAS (2008, <URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/962/3/72-81.pdf>>) menciona que possivelmente, o

ombro doloroso é a complicação mais comum da hemiplegia sequelar a um AVC, podendo a sua prevalência variar entre 5 e 84%. Tal como a mestranda apreendeu dos seus locais de estágio que a problemática tem um peso significativo enquanto obstáculo ao sucesso da reabilitação, também estas autoras confirmam que “o progresso na marcha e recuperação motora da extremidade superior é bloqueado pela dor no ombro, afectando de forma negativa os resultados do programa de reabilitação e prolongando o tempo de internamento”, acrescentando que o “Ombro Doloroso, uma vez instalado, se torna difícil de resolver”.

Numa revisão sobre as principais causas de dor crónica após um Acidente Vascular Cerebral e salientando a importância de uma abordagem precoce de forma a evitar a cronicidade da dor, GASPAR e ANTUNES (2010, <URL: http://cgmdesign.fatcow.com/spn/pdf/Sinapse/Sinapse_Vol10_N2_Nov10.pdf#page=40>) referem que, a síndrome do ombro doloroso “ encarada como um problema da fase subaguda/crónica, (...) em alguns estudos dois terços dos doentes identifica o início das queixas nas primeiras 2 semanas após AVC.” Na sua exposição, as autoras salientam também a importância que os profissionais que seguem estes doentes na fase aguda, estejam sensibilizados para este problema que, se não tratado adequadamente, pode persistir indefinidamente, tornando-se um factor limitativo da qualidade de vida e da participação efectiva num programa de reabilitação.

Importa também distinguir da dor neuropática, que também pode surgir no indivíduo com AVC. Assim para ZEFERINO e AYCOCK (2010, <URL: <http://www.rehabnurse.org/pdf/rnj323.pdf>>), a dor neuromuscular, é sentida como uma dor fina e penetrante, podendo também ser descrita como tipo moinha, enquanto a dor neuropática é sentida como uma queimadura.

Se, por exemplo, a prevenção do padrão espástico em hemiplégicos ou tetraplégicos, é uma questão bem trabalhada e cimentada, na prática de enfermagem durante a abordagem em fase aguda a estes doentes, foi constatado pela mestranda, não só durante o ensino clínico, como, na sua própria realidade profissional, que a prevenção do ombro doloroso, é uma questão superficialmente abordada. Os conceitos que envolvem a temática são insuficientemente conhecidos e aprofundados pelos enfermeiros em geral.

Enquanto enfermeira especializada em reabilitação, reveste-se então de vital importância, o desenvolvimento do saber da mestranda nesta área, de forma a dominar os conhecimentos e as técnicas adequadas à prevenção do ombro doloroso. Esta lacuna que emerge da prática clínica não foi colmatada pela simples procura de informação, pois esta mostrou-se pouco específica, pouco aprofundada e com nível baixo de evidência. Klotz *et al* (2006, <URL: http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/Anexos/Artigos/44F683A84163B3523AFE57C2E008BC8C/editoracao_vl_13_n_01_12-16_color.pdf>) demonstram este aspecto no seu artigo, quando referem a falta de consenso dos autores. Enquanto alguns estudos aconselham a electro-estimulação, outros autores pensam que o programa de reabilitação deve incidir na manutenção do tónus e da simetria corporal e outros referem ainda o fortalecimento da musculatura da cintura escapular, principalmente a abdução e os alongamentos suaves.

A reabilitação segundo BRANCO e SANTOS (2010), mais do que uma série de exercícios isolados, deverá ser uma continuidade de actividades e cuidados, perspectivadas quase como um modo de vida, durante 24 horas por dia, sendo que até a posição em que o doente dorme influencia o resultado final. Então quem, senão o enfermeiro, que acompanha e cuida destas pessoas 24 horas por dia, poderá maximizar a sua atenção para com estes aspectos? Quem senão o enfermeiro especialista de reabilitação, que dotado de competências próprias, específicas e diferenciadas, tem a capacidade e a responsabilidade de gerir esta situação?

No seu cuidar o enfermeiro conforta, aconselha, ensina, planeia, executa e avalia resultados. Os cuidados específicos da enfermagem de reabilitação, aos quais este documento se refere, consistem numa especialidade traduzida num modelo assistencial. Os princípios da reabilitação são na sua essência, básicos para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e das suas incapacidades, neste caso num paradigma essencialmente preventivo, educativo.

Noutro âmbito, segundo LEITE e FARO (2005, <URL: http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/12.pdf>), a reabilitação é “um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia um indivíduo que está enfermo ou incapacitado para atingir o seu maior nível possível de funcionamento”. Este processo permite assim ao indivíduo lesado, a obtenção de uma considerável qualidade de vida, com dignidade, auto-estima e independência.

Para tal, o enfermeiro de reabilitação deve deter um conjunto de competências específicas e entre elas saber cuidar de “pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” conforme define a ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2009). Segundo esta mesma fonte, necessita para isso de, primariamente, identificar as necessidades de intervenção especializada em pessoas que, em consequência da sua condição de saúde, apresentam limitação da actividade, através da avaliação da funcionalidade aos vários níveis, privilegiando o uso de escalas e instrumentos de medida. Só após a identificação das necessidades de intervenção, pode conceber adequadamente o plano de reeducação funcional e/ou de optimização da função afectada.

Enfermeiros de reabilitação competentes devem estar preparados para avaliar contextos, processos, significados e modelos de explicação da realidade, antes de fazer quaisquer juízos ou iniciar intervenções terapêuticas. HOEMAN (2000) reitera este pressuposto e acrescenta que os enfermeiros “não se conseguem aperceber das questões que se relacionam com aquilo que sabem – ou a forma como pensam, ou acerca daquilo que pensam, ou as coisas que fazem e como as fazem (...)” sem conhecer o percurso das estruturas conceptuais da profissão.

Uma das mais coerentes com o percurso da mestranda é o Modelo de Vida de Roper, Logan e Tierney (1990), que de acordo com TOMEY e ALLIGOOD (2003), situa-se no paradigma da integração, em que os fenómenos são multidimensionais e contextuais e a

pessoa é um todo, formado pela soma de todas as partes, que estão interligadas. As teóricas definem como finalidade da enfermagem ajudar as pessoas a alcançar o seu nível de saúde óptimo, nas diferentes etapas de vida, ultrapassando, ajustando ou enfrentando os problemas nas suas actividades de vida. Actividades de vida são o ponto central deste modelo e caracterizam a pessoa no complexo processo de viver, que as desempenha num continuum dependência/ independência, tendo como fundo contextual factores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e politico-económicos. Para as autoras o alvo da actividade profissional de enfermagem, são os indivíduos de todas as idades, com dificuldade em realizar as AV's, sendo especificamente papel do enfermeiro avaliar o grau de independência da pessoa nas AV's e ajuizar qual a direcção e com que intensidade o utente deve ser assistido (de forma a evoluir no seu continuum dependência/ independência) e de que ajuda precisa. Na problemática da síndrome do ombro doloroso, sendo axiomática a alteração do desempenho da AV Mobilidade pelas alterações sequelares a um AVC, percebe-se que, conseqüentemente, este *handicap* afectará negativamente a realização independente de todas as outras actividades de vida. Será a individualidade de vida de cada pessoa, contextualizada nos diferentes factores que a influenciam, que delimitará a dimensão do impacto da doença e que definirá a especificidade do processo de reabilitação. Também AV Manter Ambiente Seguro nos pós - AVC, se evidencia, não só por uma menor capacidade de defesa de potenciais agressões externas, mas também na perspectiva das agressões internas decorrentes de complicações da imobilidade, sendo primordial então a prevenção ao nível secundário, limitar o dano, evitando situações como as deformidades e a dor. Foi este o desafio que estimulou a mestranda, numa perspectiva pessoal de interesse a aperfeiçoar a sua capacidade profissional em desenvolvimento.

Assim, sentindo-se a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na prática, é porém frequente ouvir-se comentar sobre a distância entre enfermagem académica e da área clínica, com o argumento de que a investigação existente não se adequa aos contextos da prática profissional quotidiana. Por outro lado é público que o conhecimento dos mais recentes resultados científicos e a sua implementação nas práticas, tende a arrastar-se no tempo. Desta forma, consciente do risco de desenvolver uma prática profissional divorciada da investigação, a mestranda, atendendo até à diferenciação que lhe é conferida, pretende adequar a sua política profissional às exigências da real qualidade dos cuidados.

Mas como concretizá-lo? Primeiro há que converter as necessidades de informação em questões claras. Após este passo deve-se então proceder a uma cuidadosa pesquisa sistematizada, nas bases científicas creditadas. Os passos mais exigentes são porém os que consistem numa apreciação crítica acerca da validade e utilidade da informação e da capacidade de integração dos resultados na prática clínica, tendo em conta as necessidades e preferências dos indivíduos alvo do cuidado. Maximiza-se assim a probabilidade dos resultados esperados serem alcançados, objectivando a assertividade do cuidar. O processo não deve terminar aí, e o enfermeiro deva avaliar o seu desempenho de forma a ajuizar sobre os resultados da sua decisão na prática.

Foi este o desafio colocado à mestranda, que analisando os seus próprios interesses de aprendizagem, face às temáticas abordadas ao longo do estágio II, focalizado nas necessidades formativas que identifica, seleccionasse uma área de interesse a trabalhar.

Com base nestas premissas e após período de reflexão pessoal, é seleccionada a temática da prevenção do ombro doloroso, na vertente da intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação. Esta problemática traduz-se então, para ponto de partida, numa pergunta formato PI[C]O: **De que forma a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação (I), previne a síndrome do ombro doloroso (O), no indivíduo hemiplégico (P)?**

Procurando promover a reflexão na acção e sobre a acção, a mestranda pretende assim utilizar a prática baseada na evidência, suportada na metodologia PI[C]O, que ultimamente tem vindo a revestir-se de uma crescente divulgação no seio da enfermagem, sendo defendida por muitos como a melhor forma de integrar com validade, os mais recentes desenvolvimentos da investigação científica, na prática clínica diária dos enfermeiros.

2. METODOLOGIA DE PESQUISA

Com a finalidade de estruturar a abordagem da problemática em análise através do recurso às bases de dados científicas, foi definida a pergunta em formato PI[C]O, que guiará o enfermeiro nas opções estratégicas e metodológicas de pesquisa e consequente contexto de análise.

Na definição da pergunta PI[C]O englobou-se então a questão da prevenção da síndrome do ombro doloroso, contextualizada na situação da pessoa com hemiplegia secundária a um AVC, através da intervenção específica do enfermeiro de reabilitação (procurando-se compreender qual a intervenção adequada para minimizar a ocorrência desta complicação, ao ser aplicada em indivíduos nestas condições). Traduziram-se estes aspectos então na seguinte questão: **De que forma a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação (I), previne a síndrome do ombro doloroso (O), no indivíduo hemiplégico (P)?**

Após definição da pergunta, inicia-se o processo de pesquisa, que na sua génese tem a identificação das palavras-chave. Neste caso surgem os termos de interesse: intervenção, enfermeiro de reabilitação, prevenção, síndrome do ombro doloroso e indivíduo hemiplégico. Os termos apurados, no contexto desta metodologia, devem ser os orientadores da selecção dos artigos, dividindo-se em dois grupos. Um grupo será incluído nos critérios de inclusão/exclusão, nomeadamente os conceitos menos específicos, que neste caso são intervenção e prevenção. Um outro grupo – os termos mais específicos - constituirá o conjunto dos descritores, designadamente ombro doloroso, enfermeiro de reabilitação e indivíduo hemiplégico. Opta-se por esta separação, uma vez que não é vantajoso o cruzamento de tantos descritores, além de que alguns termos são demasiado abrangentes, para conduzir a artigos específicos ao tema em estudo, mas servirão mais tarde para a selecção final dos artigos de interesse à resposta global. Os termos descritores, deverão ser submetidos a validação em locais de avaliação apropriado, uma vez que sem este passo, o pesquisador corre o risco de não utilizar a mesma linguagem que os autores dos artigos científicos, o que dificulta a pesquisa. Recorreu-se então à plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) Browser (2011, <URL:<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>>). Traduzindo os conceitos chave para língua inglesa, obtém-se os seguintes resultados e respectivas definições uniformizadas:

- Síndrome do ombro doloroso/ *shoulder pain* - não é considerado descritor mas sim como palavra principal de pesquisa e é descrita como uma dor unilateral ou bilateral do ombro. É frequentemente causada por actividades físicas laborais ou desportivas, mas também pode ser de origem patológica.
- Enfermeiro de Reabilitação/ *rehabilitation + nurse* - os termos são considerados individualmente. Reabilitação é um termo usado em patologias e procedimentos cirúrgicos para restabelecimento da funcionalidade do indivíduo e Enfermeiro é o profissional qualificado por uma escola de enfermagem acreditada e autorizado pelas leis estatais para praticar enfermagem. Presta serviços a pessoas que necessitam de assistência na recuperação ou manutenção da sua saúde física e mental.
- Indivíduo hemiplégico/ *hemiplegic person* - Não é considerado descritor. *Hemiplegia* sim, como palavra principal de pesquisa e é descrita como perda grave ou completa da função motora, de um lado do corpo. É uma condição habitualmente causada por doenças cerebrais localizadas no hemisfério oposto ao lado lesado.

Progredindo no processo, foram definidos critérios de inclusão/ exclusão de artigos a estudar. Serão os critérios seleccionados que constituirão o filtro que direcciona a resposta à questão definida, de forma também a integrar e delimitar os aspectos das várias unidades curriculares que se pretende estudar:

Quadro nº 2 - Critérios de inclusão/ exclusão para selecção dos artigos a estudar

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Incluídos artigos publicados entre 2005 e 2011 (inclusive).	Excluídos artigos publicados antes de 2005 (não inclusive).
Incluídos artigos publicados que se adequem à intervenção do enfermeiro.	Incluídos artigos publicados exclusivos em intervenção de outros profissionais.
Incluídos artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos de ambos os sexos, afectados por AVC, com hemiplegia sequelar.	Excluídos artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos com outros tipos de afecção.
Incluídos artigos publicados que abordem a prevenção da síndrome do ombro doloroso.	Excluídos artigos publicados que não abordem a prevenção da síndrome do ombro doloroso.

O passo seguinte constituiu na selecção das bases de dados a consultar, tendo-se seleccionado a Nursing Reference Center e CINAHL Plus with Full Text, através da EBSCOhost Web (2011, <URL: <http://search.ebscohost.com/>>). Definiu-se pesquisa apenas de artigos disponíveis em *full text*. Iniciou-se o cruzamento dos descritores, cujos resultados estão discriminados nas tabelas que se seguem.

Tabela nº 1 – Número de artigos pesquisados na plataforma de pesquisa, em *full text*, publicados entre 2006 e 2011, para cada descritor.

DESCRITORES	Nursing Reference Center	CINAHL Plus with Full Text
Rehabilitation Nurse ¹	980 artigos	35
Shoulder Pain	503 artigos	2286
Hemiplegia	58 artigos	1948

Atendendo ao elevado número de artigos, procedeu-se ao cruzamento dos descritores entre si, de forma a afunilar a pesquisa, procurando aqueles que relacionam os diferentes termos chave. Limitara-se assim a quantidade de artigos a considerar, ao mesmo tempo que se tornou mais provável encontrarem-se aqueles que abordam a problemática.

Tabela nº 2 – Número de artigos pesquisados na plataforma de pesquisa, em *full text*, publicados entre 2006 e 2011, resultantes do cruzamento entre descritores

DESCRITORES	Nursing Reference Center	CINAHL Plus with Full Text
Rehabilitation Nurse e Shoulder Pain	105 artigos	2
Rehabilitation Nurse e Hemiplegia	26 artigos	1
Shoulder Pain e Hemiplegia	20 artigos	15
Rehabilitation Nurse e Shoulder Pain e Hemiplegia	8 artigos	0

Procedeu-se, nesta fase, à leitura dos títulos e resumos (abstract) dos 177 artigos encontrados, atendendo aos critérios de inclusão definidos, resultando numa pré-selecção de 9 artigos. Da leitura integral do conteúdo dos referidos documentos, apuraram-se os 6 artigos finais a analisar (Anexos IV, VI, VIII, X, XII e XIV), privilegiando-se os mais recentes e de maior grau de evidência.

¹ Nesta base de dados, por ser específica da enfermagem, está implícito o termo nurse.

3. ANÁLISE DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Após leitura dos artigos seleccionados, procedeu-se à sua análise, construindo para tal, as respectivas tabelas de análise (Anexos V, VII, IX, XI, XIII e XV) e enquadrando-as nas fontes consultadas. A maioria dos documentos está classificado como nível I de evidência, o que foi fundamental para a sua selecção, enquanto que outros dois artigos, apesar de menor evidencia, foram considerados significativos por estarem publicados em periódicos de enfermagem como a Rehabilitation Nursing e a AXON (da responsabilidade da American Association of Neuroscience Nurses). Todos os artigos analisados fazem referência a aspectos relativos não só à prevenção, como também ao tratamento do ombro doloroso. Atendendo aos objectivos da mestranda, esta análise privilegiará apenas a abordagem das questões relacionadas com a prevenção.

Dos seis documentos analisados, interessa realçar o que emergiu da leitura de cada um. Assim, o primeiro artigo, publicado recentemente num periódico norte-americano de Enfermagem de Reabilitação (ZEFERINO e AYCOCK, 2010, <URL:<http://www.rehabnurse.org/pdf/rnj323.pdf>>), enumera as diferentes medidas de prevenção, definindo as técnicas adequadas na abordagem do membro superior hemiplégico. Refere também ser essencial educar doentes, cuidadores e também profissionais de saúde, acerca do risco de lesão associado ao ombro hemiplégico, pois este estará presente durante o desempenho das actividades de vida. Salaria também que para prevenir o ombro doloroso e otimizar a reabilitação motora, serão necessários cuidados 24 horas por dia, sendo os enfermeiros os profissionais privilegiados para tal. A intervenção do enfermeiro, ao passar pelas funções de educador para a saúde, previne a síndrome do ombro doloroso, tal como o seu adequado desempenho na gestão do risco associado aos doentes hemiplégicos. As autoras concluem que a síndrome do ombro doloroso, não é de todo uma condição inevitável após o AVC, e que as técnicas de intervenção precoce devem ser institucionalizadas pela equipa interdisciplinar, assim que a hemiplegia se instala. O objectivo final será otimizar a reabilitação motora, maximizar a independência funcional e melhorar a qualidade de vida, após ocorrência do AVC.

O artigo da publicação canadiana de enfermagem, associado à American Association of Neuroscience Nurses (SENEVIRATNE, THEN e REIMER, 2005, <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=119&sid=2ee91135-7a53-4ddf-be8f-5127f5e06a29%40sessionmgr110>>), faz referência às potenciais causas do ombro doloroso, referindo que a equipa interdisciplinar, incluindo os enfermeiros, pode controlá-los se privilegiar as boas práticas, no que diz respeito ao posicionamento e transferência destes

indivíduos. O papel específico do enfermeiro na prevenção da subluxação e do ombro doloroso, está pouco discutido na literatura, o que leva a que a intervenção não seja consensual de unidade para unidade de saúde. Opinam que serão necessários mais estudos, mas que as boas práticas deverão passar por uma correcta abordagem na mobilização e transferência dos indivíduos, assim como na manutenção de um programa de exercícios adequado. Estas intervenções são parte da intervenção autónoma do enfermeiro e o seu contacto único 24 horas por dia com o indivíduo, pode diminuir bastante os factores de stress, para a articulação tão vulnerável. As autoras recomendam também a utilização da prática baseada na evidência de uma forma activa, integrando as mais recentes evoluções, numa filosofia de trabalho em equipa, que irão promover não só a colaboração interdisciplinar, como prevenirão efectivamente as complicações abordadas.

No que concerne à *guideline* produzida pelo mesmo organismo canadiano atrás referido, a AMERICAN ASSOCIATION OF NEUROSCIENCE NURSES (2008, <URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=13575&search=guide+to+the+care+of+hospitalized+patient>>), são descritos métodos, procedimentos, intervenções e aspectos relativos à educação para a saúde. Mencionam que a intervenção de enfermagem, que deve incluir técnicas de posicionamento e mobilização articular, pode prevenir contraturas articulares e atrofia, sendo também importante a vigilância a fim de despistar precocemente deformidades. Concluem que a subluxação do ombro nem sempre pode ser prevenível, porém que o manuseamento cuidadoso do membro afectado, pode impedir o desenvolvimento da síndrome do ombro doloroso. A equipa de reabilitação deve intervir imediatamente após a ocorrência do AVC, de forma a definir um plano de reabilitação e determinar a necessidade de equipamento adaptativo específico.

Outra *guideline* desenvolvida também no Canadá (CANADIAN STROKE NETWORK HEALTH AND STROKE FOUNDATION OF CANADA, 2008, <URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=14202&search=selected+topics+in+stroke+management>>), reitera que devem ser instituídas estratégias de educação relativas aos factores que contribuem ou agravam o ombro doloroso. Mencionam as estratégias de protecção articular no indivíduo com sequela motora após AVC. O documento salienta que esta problemática atrasa o processo de reabilitação e a recuperação funcional, sendo que a dor pode mascarar a evolução da mobilidade e da funcionalidade e pode inibir a participação dos indivíduos nas actividades de reabilitação, tais como as terapias ou nas actividades de vida diárias. Associa esta conclusão com um estudo de BRAUS e outros, que concluiu que a consciencialização precoce da problemática, reduziu a frequência da ocorrência da síndrome do ombro doloroso de 27 para 8 %.

Desenvolvida recentemente por uma organização britânica, uma outra *guideline* consultada (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010, <URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23849&search=management+of+patients+with+stroke%3a+rehabilitation>>), aborda entre outros aspectos, a organização dos serviços de prestação de cuidados a indivíduos com AVC. Foca a necessidade da equipa nuclear de cuidados ter um

número adequado de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e assistentes sociais, não descurando o facto de que os doentes e cuidadores deverão ter uma participação activa precoce no processo de reabilitação. Nas unidades de internamento, a equipa deve realizar semanalmente reuniões formais, de forma a identificar os problemas dos indivíduos, estabelecer objectivos de reabilitação, monitorizar as evoluções e preparar o regresso a casa. A própria equipa, segundo referem, deve continuamente apostar na sua educação e formação especializada. Na especificidade da enfermagem, esta *guideline* refere que os indivíduos internados por AVC, devem ser cuidados 24 h por dias por enfermeiros especializados na área, se possível numa unidade especializada.

O último documento consultado (NATIONAL STROKE FOUNDATION, 2010, <URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24174&search=clinical+guidelines+for+stroke+management>>), menciona estudos que referem algumas intervenções a serem instituídas em indivíduos com AVC em risco de desenvolverem subluxação ou ombro doloroso, que são todos aqueles que na sua condição, apresentam diminuição acentuada da força muscular no membro superior. Destaca que a gestão da problemática deverá sempre incidir na prática baseada na evidência.

Da apreciação da informação pesquisada, a mestranda entende que a síndrome do ombro doloroso é referida indubitavelmente como sendo uma barreira à reabilitação funcional motora. A dor não só limita a colaboração do indivíduo no processo, como também impede os profissionais de perceberem correctamente a evolução da mobilidade/ funcionalidade do ombro. Este impacto já havia sido percebido pela mestranda durante o estágio e também mencionado pelo estudo publicado em 2008, de SANTOS e FESTAS (<URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/962/3/72-81.pdf>>) e pelo artigo de GASPAS e ANTUNES na sua revisão sobre as principais causas de dor crónica pós-AVC (2010, <URL: http://cgmdesign.fatcow.com/spn/pdf/Sinapse/Sinapse_Vol10_N2_Nov10.pdf#page=40>). Ambos reiteram que quando instalada, a síndrome do ombro doloroso torna-se um factor limitativo da qualidade de vida e da participação efectiva num programa de reabilitação.

Então como prevenir a instalação da síndrome do ombro doloroso? A maior parte dos autores pesquisados, referem que os enfermeiros e restante equipa devem responsabilizar-se por uma eficaz gestão do risco. Tal não é possível se não forem conhecidas as causas prováveis de gerar lesão no indivíduo hemiplégico e conseqüentemente dor. As mais consensuais são a espasticidade, as contraturas (enquanto restritivas da amplitude articular), a má postura continuada e a subluxação do ombro, tal como anteriormente mencionado na revisão da literatura (KLOTZ, *et al.* 2006, <URL: http://www.actafisiologica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/44F683A84163B3523AFE57C2E008BC8C/editoracao_vl_13_n_01_12-16_color.pdf>). A subluxação do ombro, mais especificamente, pode ser originada por sua vez pelo desequilíbrio da tonicidade muscular e dos ligamentos, que através das forças gravíticas, conduzem a um afastamento dos elementos ósseos do complexo do ombro, gerando a deterioração da estabilidade articular.

Assim, a implementação de medidas passíveis de zelar pela integridade articular, serão inequivocamente favoráveis à prevenção da síndrome do ombro doloroso.

A prevenção será o ponto-chave e a solução para garantir a optimização da reabilitação funcional, que se traduzirá numa melhor qualidade de vida, do indivíduo que tem que ultrapassar uma lesão neurológica sequelar motora. Esta prevenção será mais eficaz, quanto mais precocemente o indivíduo for abordado. DUNCAN *et al* (2005, <URL: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100.full>>), já o haviam referido, recomendando que a partir do momento em que o doente estiver hemodinamicamente e neurologicamente estável, deve iniciar-se uma intervenção multidisciplinar a nível motor, cognitivo e psicológico. As *guidelines* pesquisadas referem que a equipa deve iniciar os seus esforços, desde que a alteração da força muscular do membro superior se instala, logo na fase aguda.

Mas que técnicas ou intervenções serão eficazes, enquanto medidas de protecção articular, durante o programa de reabilitação e no desempenho das actividades de vida? Os artigos e *guidelines* pesquisados concordam entre si quanto ao facto de existirem medidas consensuais na bibliografia, e outras menos unânimes. Enumerando as medidas consensuais, são elas:

- Manter o membro sempre apoiado (por almofadas na cama, numa superfície de apoio quando sentado, ou num dispositivo de suporte ou bolso quando de pé);
- Nunca elevar o membro ou abduzi-lo acima de 90º de flexão do ombro, excepto quando manipulado por um técnico especializado. Para prevenção de movimentos articulares nocivos, deve-se instruir o indivíduo/ família, por exemplo, a seguir a sequencia adequada para vestir/despir;
- O membro deve ser mantido em protração escapular, com ligeira flexão do ombro, durante o rolamento no leito (instruir o doente a apoiar a mão e antebraço sobre o peito);
- Assegurar a simetria do tronco, o suporte do membro, aquando das actividades de auto-cuidado na borda da cama (estabilizar o membro apoiando a palma da mão na cama ou o antebraço numa almofada);
- Diariamente, promover exercícios terapêuticos e de alongamento (nomeadamente a auto-mobilização), que mantenham a amplitude articular e previnam contraturas dos tecidos moles. Privilegiar os movimentos contrários aos do padrão espástico (que no membro superior são a retracção e depressão do ombro, rotação interna e adução, flexão do cotovelo com tendência à pronação, flexão do punho e dedos e adução do polegar). Se o doente conseguir executar movimentos activos, encorajar o alongamento moderado dos músculos extensores (afastar o membro do corpo, com o cotovelo em extensão e os dedos da mão abduzidos). Na ausência de movimentos activos, assegurar uma mobilização regular passiva, enquanto garantia da manutenção da amplitude articular.

De validade menos uniformizada pela literatura pesquisada na plataforma EBSCOhost, encontram-se as seguintes intervenções:

- Electro-estimulação dos músculos deltóide e supra-espinhal deve ser considerada na prevenção do ombro doloroso, segundo alguns estudos, mas outros mencionam não estar indubitavelmente provada a sua pertinência enquanto tonificadora muscular;
- As bandas adesivas neuro-musculares, tanto são apontadas como sendo benéficas para a prevenção, como são referidas como pouco eficazes na manutenção da estabilidade articular;
- Dispositivos de suporte braquial parecem ser importantes, principalmente durante a verticalização, a fim de contrariar a depressão do ombro, no entanto alguns estudos enumeram como desvantagens a estimulação da espasticidade, a inibição de movimentos e a alteração da imagem corporal. Atendendo aos inúmeros tipos de dispositivos (como sejam o anel de ombro de Henderson, rolo de Bobath, hemi-*sling* de Harris, *sling* umeral de Rolyan, suporte de ombro de Cavaliert, tabuleiro de suporte, etc.), é recomendado que sejam desenvolvidos mais estudos e mais representativos, comparativos da sua eficácia.

De salientar, que todas as medidas consensuais emergentes da evidência, são da esfera das actividades desenvolvidas pela função autónoma do enfermeiro, nomeadamente dos enfermeiros de reabilitação.

Outro aspecto das funções autónomas do enfermeiro, é a educação para a saúde. Todos os documentos analisados explicitam que a educação não só do indivíduo e família, mas também a formação dos cuidadores formais, são essenciais, para que todos conheçam os riscos e cumpram as medidas preventivas. Deverão ser sensibilizados para a relevância desta preocupação e responsabilizados pelo sucesso do projecto.

A *guideline* desenvolvida pelo SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (2010, <URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23849&search=management+of+patients+with+stroke%3a+rehabilitation>>) diz também que, os enfermeiros cuidadores destes indivíduos, deverão ser especializados na abordagem do doente com AVC. Na realidade portuguesa, qualquer enfermeiro de reabilitação, durante a sua formação específica, é instruído sobre esta patologia e sua abordagem diferenciada (tal como descrito acerca da actividade desenvolvida pela mestrandia durante o estágio II), pelo que são profissionais por excelência no cuidar destes indivíduos. Obviamente o enfermeiro deverá estar integrado numa equipa de reabilitação e deverá coordenar-se com os outros técnicos, sendo importante assegurar momentos de comunicação formal interdisciplinar, a fim de ser monitorizado o progresso do indivíduo, de ser definido o plano de reabilitação e de ser preparado o regresso a casa.

Mas qual o papel específico do enfermeiro? SENEVIRATNE, THEN e REIMER (2005, <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=119&sid=2ee91135-7a53-4ddf-be8f-5127f5e06a29%40sessionmgr110>>) dizem que por esta questão estar pouco discutida na literatura, as intervenções específicas não são consensuais de unidade de saúde, para unidade de saúde. O que é porém constante, em todos os contextos da prestação de cuidados diferenciados, é que o enfermeiro presta cuidados e acompanha o indivíduo durante todo o ciclo circadiano, pelo que parece óbvio o impacto das suas boas práticas na prevenção

deste problema. Principalmente, se o enfermeiro for especializado em reabilitação, por todo o conhecimento diferenciado que mobiliza, num cuidar singular destes indivíduos.

A revisão da bibliografia também confirma esta premissa, pois segundo BRANCO e SANTOS (2010), mais do que uma série de exercícios isolados, a reabilitação deverá ser uma continuidade de actividades e cuidados, perspectivadas quase como um modo de vida, durante 24 horas por dia, sendo que até a posição em que o doente dorme influencia o resultado final. Também concordam que o enfermeiro especialista de reabilitação, dotado de competências próprias, específicas e diferenciadas, tem a capacidade e a responsabilidade de gerir esta situação.

Se este cuidar, for sendo adaptado, à mais recente evidência científica, como recomendam os documentos pesquisados (NATIONAL STROKE FOUNDATION, 2010, <URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24174&search=clinical+guidelines+for+stroke+management>> e SENEVIRATNE, THEN e REIMER, 2005, <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=119&sid=2ee91135-7a53-4ddf-be8f-5127f5e06a29%40sessionmgr110>>), e como já havia sido anteriormente referido pela mestrandia, então o sucesso da prevenção da síndrome do ombro doloroso, será claramente maximizado.

Remetendo à pergunta PI[C]O, que serve de orientação a esta análise e perante todos os aspectos supracitados, é inquestionável que a intervenção do enfermeiro de reabilitação contribui para a prevenção do ombro doloroso. De que forma? Em suma, atendendo às técnicas e intervenções acima descritas (recomendadas por informação do mais alto grau de evidência) que são da sua esfera autónoma, apostando na sua vertente de educador e formador. Deve assumir o seu papel na equipa interdisciplinar, motivando e envolvendo o alvo dos seus cuidados, assistindo-o nas 24 horas do dia. O seu sucesso estará directamente ligado à sua capacidade em se manter actualizado pela melhor evidência científica.

Respeitam-se assim os pressupostos do Modelo de Vida de ROPER, LOGAN e THIERNEY (1990), em que finalidade da enfermagem consiste em ajudar as pessoas a alcançar o seu nível de saúde óptimo, nas diferentes etapas de vida, ultrapassando, ajustando ou enfrentando os problemas nas suas actividades de vida, honrando a individualidade da pessoa, considerando a resposta particular que o indivíduo tem perante a adversidade. Compartimentando esta complexidade, em que todas as actividades de vida estão interligadas e influenciam a funcionalidade do indivíduo, a intervenção do enfermeiro de reabilitação ao contribuir positivamente numa dimensão, tem impacto positivo nas restantes dimensões. Ao prevenir a síndrome do ombro doloroso, favorecendo o desempenho das AV's Mobilidade ou Manter Ambiente Seguro, contribui favoravelmente para o continuum dependência-independência do indivíduo, um dos objectivos major da enfermagem de reabilitação.

Resta, perante a informação adquirida na revisão sistemática da literatura efectuada, não esquecer os seus contributos e divulgar e aplicar os resultados, à prática diária, adequando a clínica à evidência verificada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi pretensão deste trabalho retratar a intervenção enquanto enfermeira especialista de reabilitação, vivenciada pela mestranda, no contexto do estágio II. Perante os objectivos académicos e atendendo às suas necessidades pessoais de formação, foi proposto à mestranda, a elaboração do seu projecto de estágio, cuja operacionalização foi agora descrita e analisada, numa perspectiva de reflexão e aprendizagem.

De referir, que com o culminar das experiências de aprendizagem relativas ao ensino clínico do curso, o estágio na área da Neurologia permitiu construir a ponte entre a realidade académica e a realidade profissional da mestranda. Foi assim importante consolidar os conhecimentos adquiridos e compreender quais as necessidades a colmatar, tendo em vista as exigências específicas do seu campo profissional de acção.

Ainda na perspectiva do seu desenvolvimento, enquanto enfermeira de reabilitação, foi identificada pela mestranda uma área específica a aprofundar - a problemática da síndrome do ombro doloroso, no indivíduo com AVC. Esta temática emergida durante o estágio da mestranda, viu a sua pertinência ser reiterada pela literatura, que confirma a síndrome do ombro doloroso como uma das complicações músculo-esqueléticas com maior incidência após um AVC. Sendo de difícil tratamento quando ocorre, os autores são unânimes na importância da sua prevenção, uma vez que o ombro doloroso, além de ser factor de desconforto, também compromete a capacidade do indivíduo em colaborar nas actividades de reabilitação.

Através da metodologia PI[C]O, com recurso à revisão sistemática da literatura, foi trabalhada esta questão, no sentido de compreender de que forma, a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação, previne a síndrome do ombro doloroso.

Os resultados foram elucidativos, e da análise da evidência pesquisada, cruzada com a pesquisa previamente efectuada, foram identificadas várias intervenções da esfera do enfermeiro de reabilitação, que visam minimizar a ocorrência deste problema.

Este relatório permitiu clarificar as expectativas da mestranda enquanto enfermeira de reabilitação, de forma a mudar atitudes e a reflectir sobre a prática, tornando esta experiência como algo enriquecedor para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Aprender a adequar ao contexto de trabalho os conhecimentos adquiridos, será muito gratificante, sendo o início da construção do percurso enquanto enfermeira especialista de reabilitação.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ASSOCIATION OF NEUROSCIENCE NURSE - **Guide to the care of the hospitalized patient with ischemic stroke. 2nd edition** [Em linha] (2008) [Consultado em 12.12.2011] Disponível em WWW: <URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=13575&search=guide+to+the+care+of+hospitalized+patient>.

BALAS, E.A.; BOREN, S.A. **Managing clinical knowledge for healthcare improvements.** [Em linha] (2000) [Consultado 2011.10.18]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223\(05\)00145-6/fulltext](http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223(05)00145-6/fulltext)

BENNER, Patricia. (2001). **De Iniciado a Perito.** Coimbra, Quarteto Editora

BRANCO, T.; SANTOS, R. (2010) **Reabilitação da pessoa com AVC.** Coimbra: Formassau

CANADIAN STROKE NETWORK E HEARTH AND STROKE FOUNDATION OF CANADA **Selected topics in stroke management. Shoulder pain assessment and treatment. In: Canadian best practice recommendations for stroke care.** [Em linha] (2008) [Consultado em 12.12.2011] Disponível em WWW: < URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=14202&search=selected+topics+in+stroke+management>

CRAIG, J.; SMYTH, R. (2004) - **Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros.** Camarate: Lusociência

DUNCAN, P.; ZOROWITZ, R.; BATES, B.; CHOI, J.Y. , GLASBERG, J.; GRAHAM, G.D.; KATZ, R.; LAMBERTY, K.; REKER, D. **Management of Adult Stroke Rehabilitation Care - a clinical practice guideline** [Em linha] (2005) [Consultado 2011.09.16]. Disponível em WWW: <URL: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100.full>

EBSCOhost. [Em linha]. [Consultado 2011.12.03]. Disponível em WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/>

GASPAR, A. T.; ANTUNES, F. - Dor crónica após acidente vascular cerebral - **Sinapse - Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia**. [Em linha] Vol.10 Nº 2 (2010) [Consultado a 2011.10.11]. Disponível em WWW: <URL: http://cgmdesign.fatcow.com/spn/pdf/Sinapse/Sinapse_Vol10_N2_Nov10.pdf#page=40

GEORGE, J. et al (2000) – **Teorias De Enfermagem, dos fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artmed, 4ª ed.

HESBEEN, W. (2003) **A Reabilitação. Criar novos caminhos**. Loures, Lusociência

HOEMAN, S. (2000) **Enfermagem de Reabilitação, aplicação e Processo**. Loures, Lusociência

KLOTZ, T.; BORGES, H. C.; MONTEIRO, V. C.; CHAMLIAN, T.R.; MASIERO, D. - Tratamento fisioterapêutico do ombro doloroso de pacientes hemiplégicos por acidente, vascular encefálico - Revisão da Literatura - **Acta Fisiátrica**. [Em linha] Nº 13 (2006) [Consultado em 2011.10.11]. Disponível em WWW: <URL: http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/44F683A84163B3523AFE57C2E008BC8C/editoracao_vl_13_n_01_12-16_color.pdf

LEITE, V.; FARO, A.C. - O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora - **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [Em linha]. Vol.39, N.1 (2005) [Consultado em 2011.07.19]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf>

MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (2005) – **Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins.

MeSH Browser [Em linha] [Consultado a 2011.12.09] Disponível em WWW: <URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

NATIONAL STROKE FOUNDATION - **Managing complications**. In: **Clinical guidelines for stroke management 2010**. [Em linha] (2008) [Consultado em 12.12.2011] Disponível em WWW: < URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24174&search=clinical+guidelines+for+stroke+management>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

ROPER, N; LOGAN, W.W; TIERNEY, A.J. (1995). **Modelo De Enfermagem**. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

SACKETT, D.L.; STRAUS, S.E.; RICHARDSON, W.S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R.B.(2000) - **Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM**. Edimburgo: Churchill Livingstone

SANTOS, M.; FESTAS, C. - Prevalência de ombro doloroso e estado funcional do ombro em indivíduos vítimas de AVC - **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. [Em linha] Vol.5 (2008) [Consultado a 2011.10.13]. Disponível em WWW: <URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/962/3/72-81.pdf>

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK - **Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline**. [Em linha] (2010) [Consultado em 12.12.2011] Disponível em WWW:< URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23849&search=management+of+patients+with+stroke%3a+rehabilitation>

SILVA, A.P. - “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.Vol.55, Nº 1-2 (2007) p. 11-20.

SENEVIRATNE, C.; THEN, K.L.; REIMER, M. - Post-stroke shoulder subluxation: A concern for neuroscience nurses: **AXON**. [Em linha]. Vol. 27 Nº 1 (2005) [Consultado em 23-12-2011]. Disponível em WWW:URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=119&sid=2ee91135-7a53-4ddf-be8f-5127f5e06a29%40sessionmgr110>

TINETTI, M.E. - Preventing Falls in Elderly Persons. **The New England Journal of Medicine** [Em linha]. Vol.348 (2003) [Consultado em 11-03-2011]. Disponível em WWW:URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=ebd4fb98-723e-4646-9a71-5497c34288e5%40sessionmgr13&vid=5&hid=113&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=12510042>

TOMEY, A.M; ALLIGOOD, M.R. (2003) - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de enfermagem)**. Loures: Lusociência.

ZEFERINO, S.I.; AYCOCK, D.M. - Poststroke Shoulder Pain: Inevitable or Preventable?.
Rehabilitation Nursing. [Em linha]. Vol 35 Nº 4 (2010) [Consultado em 23-12-2011].
Disponível em WWW:URL:<http://www.rehabnurse.org/pdf/rnj323.pdf>

ANEXOS



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém

1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Reabilitação

2º ANO/ 1º SEMESTRE

ENSINO CLÍNICO

PROJECTO DO ESTÁGIO II

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

À PESSOA/ FAMÍLIA COM

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS

Prof. Orientador:

Prof. Joaquim Simões

A Mestranda:

Ana Domingos, nº 090430012

Enfº Cooperante:

Luís Pedro Matias

SANTARÉM

DEZEMBRO 2010

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	4
1. PLANO DE ACTIVIDADES	6
2. CONCLUSÃO	9
3. REFERÊNCIAS	10

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CMRS – Centro de Medicina e Reabilitação do Sul

ABREVIATURAS

ed. – edição

Enf^o - Enfermeiro

n^o - número

p. – página

Prof. - Professor

Vol. - volume

INTRODUÇÃO

Contextualizada no ensino clínico do 2º ano/ 1º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, inicia-se mais uma experiência profissional enquanto futura Enfermeira Especialista. Com enfoque nos cuidados especializados de reabilitação ao indivíduo e família com alterações neurológicas de etiologia não traumática, este estágio irá ser desenvolvido no Piso I do Centro de Medicina e Reabilitação do Sul – São Brás de Alportel. Irá desenrolar-se ao longo de 5 semanas sob supervisão local do Enfermeiro Especialista de Reabilitação Luís Pedro Matias.

No serviço referido, habitualmente são beneficiários dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, indivíduos com múltiplas patologias do foro neurológico/ neurotraumático, uma área complexa em que a reabilitação, segundo HOEMAN (2000) é um processo complexo e individualizado e que requer paciência, motivação, trabalho constante e tempo, necessitando envolvimento total do indivíduo e dos seus familiares. Uma vez que a reabilitação possui resultados mais efectivos quando realizada por uma equipa multiprofissional, adivinha-se o interesse e a riqueza de um estágio numa instituição com esta filosofia, como é o caso do CMRS.

Atendendo à duração do estágio, houve necessidade de focalizar a atenção em situações específicas, seleccionando-se aquelas que são mais comuns de encontrar no dia-a-dia do contexto profissional da mestranda. Sendo comum o internamento no Serviço de Medicina de pessoas com AVC, opta-se por desenvolver competências específicas na reabilitação da pessoa com sequelas desta etiologia. O programa de reabilitação no CMRS tem por finalidade reduzir os efeitos das incapacidades físicas, psicológicas e cognitivas, por meio de terapias que visam buscar a restauração das capacidades comprometidas. Também deverá fazer parte do processo a adequação de adaptações ambientais e técnicas.

O processo terapêutico visa maximizar o que o paciente consegue executar para que readquira, mesmo que parcialmente, a capacidade de realizar algumas funções, objectivando torná-lo o mais independente possível em casa, na comunidade, no emprego. O indivíduo com AVC e a sua família devem estar envolvidos no plano de cuidados e no plano de reabilitação, tendo a equipa a responsabilidade de ajudar a definir objectivos adaptados às suas necessidades e possibilidades.

Independentemente da preferência em trabalhar com o indivíduo com AVC, todas as outras experiências clínicas serão valorizadas e diligenciadas, de forma a maximizar o processo de aprendizagem da mestrandia.

É neste âmbito, que com este estágio, se ambiciona então desenvolver competências específicas, assentando para tal todo o crescimento profissional em dois objectivos gerais:

- * Desenvolver competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/interdisciplinares à pessoa/ família com alterações neurológicas, 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 área de especialização.

1. PLANO DE ACTIVIDADES

Neste processo de construção de um conjunto de competências essenciais ao enfermeiro especialista de reabilitação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009), pretende-se com este estágio no Centro de Medicina e Reabilitação do Sul, maximizar as seguintes capacidades:

“J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/ doença e ou incapacidade.

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade.

J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.”

(...)

J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AV's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

(...)

J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)

Para concretização dos objectivos gerais identificados para este momento, os intuitos foram operacionalizados em 3 objectivos específicos. Visando estas metas, foi delineado um plano de actividades a desenvolver ao longo das próximas 5 semanas e que passará a ser descrito e explicitado de seguida:

OBJECTIVO GERAL	OBJECTIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	POR QUEM	QUANDO
<p>Desenvolver competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/ interdisciplinares à pessoa/ família em situação de doença cerebrovascular, visando a sua independência máxima.</p>	<p>Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, à pessoa com AVC/ sequelas neurológicas (alterações motoras, posturais, sensitivas, sensoriais, vesicais e intestinais, da comunicação, cognitivas,).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das necessidades de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação com recurso às escalas utilizadas no serviço - Treino de competências técnicas na área da reeducação funcional motora, através da execução das acções de enfermagem de reabilitação planeadas, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento em padrão anti-espástico • Exercícios de mobilidade articular • Exercícios de fortalecimento muscular • Exercícios de facilitação cruzada • Exercícios terapêuticos • Treino de equilíbrio • Treino de marcha - Treino de competências técnicas na área da reeducação funcional respiratória, consoante necessidades da pessoa. - Promoção do auto-cuidado, consoante necessidades e capacidades da pessoa: <ul style="list-style-type: none"> • Treino de actividades de vida, com eventual recurso a ajudas técnicas 	<p>Equipa interdisciplinar</p> <p>Mestranda sob supervisão do enfermeiro cooperante</p> <p>Mestranda sob supervisão do enfermeiro cooperante</p> <p>Mestranda sob supervisão do enfermeiro cooperante</p>	<p>Diariamente</p> <p>Diariamente</p> <p>Diariamente</p> <p>Diariamente</p>

OBJECTIVO GERAL	OBJECTIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	POR QUEM	QUANDO
<p>Desenvolver competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da área de especialização</p>	<p>Gerir cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, visando dar resposta às necessidades dos doentes internados, perspectivando o trabalho em equipa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do projecto de vida da pessoa/família, visando a autonomia máxima possível - Integração no processo de reabilitação interdisciplinar: <ul style="list-style-type: none"> • Participação nas reuniões de equipa/ visita médica • Acompanhamento do indivíduo durante sessões de terapia ocupacional, terapia da fala e fisioterapia - Análise da situação da pessoa em articulação com a equipa multidisciplinar, de modo a adaptar estratégias educativas na preparação da pessoa/família para o regresso a casa 	<p>Equipa interdisciplinar</p> <p>Equipa interdisciplinar e mestranda</p> <p>Equipa interdisciplinar e mestranda</p>	<p>Na admissão da pessoa</p> <p>Ao longo das quatro semanas</p> <p>Diariamente</p>
	<p>Uniformizar estratégias de ensino na equipa de enfermagem</p>	<p>- Construção de suporte escrito de apoio às diferentes áreas de educação para a saúde, de acordo com as necessidades mais prementes do serviço (seleccionado panfleto cuidados à pele e poster sobre cuidados de enfermagem na prevenção do ombro doloroso).</p>	<p>Mestranda, enfermeiro cooperante e equipa de enfermagem</p>	<p>3ª semana</p>

2. CONCLUSÃO

Este projecto serve de base a mais uma jornada no desenvolvimento de conhecimentos teórico/práticos especializados em reabilitação, no contexto específico da pessoa/ família com alterações neurológicas.

Sendo o primeiro estágio num centro de reabilitação deste percurso especializante, e atendendo à particularidade das suas dinâmicas, as expectativas de aprendizagem são grandes, tal como algum sentimento de insegurança inerente á mudança.

Eventualmente este planeamento necessitará de reajustamentos e alterações, procurando sempre maximizar as experiências de aprendizagem que possam surgir neste contexto e que constroem o corpo de competências que o mestrando necessita para desenvolver autonomamente a sua actividade, no regresso ao seu contexto profissional. A sua elaboração permitiu também clarificar as expectativas enquanto enfermeira de reabilitação, de forma a mudar atitudes e reflectindo sobre as mesmas de maneira a tornar a experiência como algo enriquecedor para o desenvolvimento pessoal e profissional.

3. REFERÊNCIAS

- ❖ HOEMAN, S. (2000). **Enfermagem de Reabilitação, aplicação e processo**. Loures: Lusociência.
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- ❖ QUEIRÓS, P.; CARDOSO, F.; MARGATO, C. (2006). **Técnicas de Reabilitação I**. Coimbra: Formasau
- ❖ QUEIRÓS, P.; MARGATO, C. (2007). **Técnicas de Reabilitação II**. Coimbra: Formasau

Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

2º ANO/ 1º SEMESTRE

ENSINO CLÍNICO

PROJECTO DO ESTÁGIO II

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
À PESSOA/ FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS TRUMÁTICAS**

Prof. Orientador:

Prof. José Lourenço

A Mestranda:

Ana Domingos, nº 090430012

Enfª Cooperante:

Margarida Veríssimo

SANTARÉM

JANEIRO 2010

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	4
1. PLANO DE ACTIVIDADES	6
2. CONCLUSÃO	9
3. REFERÊNCIAS	10

SIGLAS

CMRRCRP – Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais

TVM – Traumatismo Vertebro Medular

ABREVIATURAS

ed. – edição

Enf^a - Enfermeira

n^o - número

p. – página

Prof. - Professor

Vol. - volume

INTRODUÇÃO

Contextualizada no ensino clínico do 2º ano/ 1º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, inicia-se mais uma experiência profissional enquanto futura Enfermeira Especialista. Com enfoque nos cuidados especializados de reabilitação ao indivíduo e família com alterações neurológicas de etiologia traumática, este estágio irá ser desenvolvido na Unidade de Lesionados Vertebro Medular do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais. Irá desenrolar-se ao longo de 4 semanas sob supervisão local da Enfermeiro Especialista de Reabilitação Margarida Veríssimo. O CMRRCRP é uma instituição que exerce actividade de interesse público nas áreas de cuidados de saúde, ensino e investigação na saúde, perito no âmbito dos cuidados diferenciados de reabilitação, em privilegiada articulação com os restantes serviços de saúde da Região Centro e promove a readaptação e reintegração socioprofissional das pessoas com deficiência.

No serviço referido, habitualmente são beneficiários dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, indivíduos com múltiplas patologias do foro neurotraumático, uma área complexa em que a reabilitação, segundo HOEMAN (2000) é um processo complexo e individualizado e que requer paciência, motivação, trabalho constante e tempo, necessitando envolvimento total do indivíduo e dos seus familiares.

Enquadrado na área da neurologia traumática e atendendo ao local do estágio, houve necessidade de focalizar a atenção nos indivíduos com lesão vertebro medular. O programa de reabilitação no CMRRCRP tem por finalidade reduzir os efeitos das incapacidades físicas, psicológicas e sociais, por meio de terapias que visam buscar a restauração das capacidades comprometidas. Também deverá fazer parte do processo a adequação de adaptações ambientais e técnicas.

O processo terapêutico visa maximizar o que o paciente consegue executar para que adquira, mesmo que parcialmente, a capacidade de realizar algumas funções, objectivando torná-lo o mais independente possível em casa, na comunidade, no emprego. O indivíduo com TVM e a sua família devem estar envolvidos no plano de cuidados e no plano de reabilitação, tendo a equipa a responsabilidade de ajudar a definir objectivos adaptados às suas necessidades e possibilidades.

É neste âmbito, que com este estágio, se ambiciona então desenvolver competências específicas, assentando para tal todo o crescimento profissional em dois objectivos gerais:

- ★ Desenvolver competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/interdisciplinares à pessoa/ família com alterações neuro-traumáticas, 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 área de especialização.

1. PLANO DE ACTIVIDADES

Neste processo de construção de um conjunto de competências essenciais ao enfermeiro especialista de reabilitação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009), pretende-se com este estágio no Centro de Medicina De Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, maximizar as seguintes capacidades:

“J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/ doença e ou incapacidade.

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade.

J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.”

(...)

J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AV's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

(...)

J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)

Para concretização dos objectivos gerais identificados para este momento, os intuitos foram operacionalizados em 3 objectivos específicos. Visando estas metas, foi delineado um plano de actividades a desenvolver ao longo das próximas 4 semanas e que passará a ser descrito e explicitado de seguida:

OBJECTIVO GERAL	OBJECTIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	POR QUEM	QUANDO
Desenvolver competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/interdisciplinares à pessoa/ família com afecção neurotraumática, visando a sua independência máxima.	Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, à pessoa com lesão vertebro-medular (alterações motoras, respiratórias, vesicais e intestinais).	- Avaliação das necessidades de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação com recurso aos suportes de informação e às escalas utilizadas no serviço	Equipa interdisciplinar	Diariamente
		- Identificação do projecto de vida da pessoa/família, visando a autonomia máxima possível	Equipa interdisciplinar	Na admissão da pessoa
		- Treino de competências técnicas, através da execução das acções de enfermagem de reabilitação planeadas, consoante necessidades identificadas da pessoa, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • na área da reeducação funcional motora • na área da reeducação funcional respiratória • na área da reeducação intestinal e vesical 	Mestranda sob supervisão do enfermeiro cooperante	Diariamente
		- Promoção do auto-cuidado, atendendo às necessidades e capacidades da pessoa: <ul style="list-style-type: none"> • Treino de actividades de vida, com eventual recurso a ajudas técnicas • Ensino da prevenção de complicações (disreflexia autónoma, úlceras de pressão, encurtamento muscular, etc.) 	Mestranda sob supervisão do enfermeiro cooperante	Diariamente
		- Preparação da pessoa/ família para o regresso a casa, adequando estratégias de educação para a saúde e os recursos existentes na comunidade	Mestranda sob supervisão do enfermeiro cooperante	Diariamente

2. CONCLUSÃO

Este projecto serve de base a mais uma jornada no desenvolvimento de conhecimentos teórico/práticos especializados em reabilitação, no contexto específico da pessoa/ família com alterações neurotraumáticas.

Sendo o primeiro estágio num centro de reabilitação deste percurso especializante, e atendendo à particularidade das suas dinâmicas, as expectativas de aprendizagem são grandes, tal como algum sentimento de insegurança inerente á mudança.

Eventualmente este planeamento necessitará de reajustamentos e alterações, procurando sempre maximizar as experiências de aprendizagem que possam surgir neste contexto e que constroem o corpo de competências que o mestrando necessita para desenvolver autonomamente a sua actividade, no regresso ao seu contexto profissional. A sua elaboração permitiu também clarificar as expectativas enquanto enfermeira de reabilitação, de forma a mudar atitudes e reflectindo sobre as mesmas de maneira a tornar a experiência como algo enriquecedor para o desenvolvimento pessoal e profissional.

3. REFERÊNCIAS

- ❖ HOEMAN, S. (2000). **Enfermagem de Reabilitação, aplicação e processo**. Loures: Lusociência.
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- ❖ QUEIRÓS, P.; CARDOSO, F.; MARGATO, C. (2006). **Técnicas de Reabilitação I**. Coimbra: Formasau
- ❖ QUEIRÓS, P.; MARGATO, C. (2007). **Técnicas de Reabilitação II**. Coimbra: Formasau

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

2º ANO/ 1º SEMESTRE

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II E RELATÓRIO

PROJECTO DO ESTÁGIO DE OPÇÃO

– CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

À PESSOA/ FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES

CEREBROVASCULARES EM FASE AGUDA -

Prof. Orientador:

Prof. Joaquim Simões

Enfª Cooperante:

Enfª Dulce Gonçalves

A Mestranda:

Ana Domingos, nº 090430012

SANTARÉM

FEVEREIRO 2011

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	4
1. PLANO DE ACTIVIDADES	6
2. CONCLUSÃO	9
3. REFERÊNCIAS	10

SIGLAS

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU - Centros de Orientação de Doentes Urgentes

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

ABREVIATURAS

ed. – edição

Enf^o - Enfermeiro

n^o - número

p. – página

Prof. - Professor

Vol. - volume

INTRODUÇÃO

Na recta final do ensino clínico do 2º ano/ 1º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, tem lugar mais uma experiência profissional enquanto futura Enfermeira Especialista. Com enfoque nos cuidados especializados de reabilitação ao indivíduo e família com AVC em fase aguda, este estágio irá ser desenvolvido na Unidade de AVC do Hospital de S. Francisco Xavier em Lisboa. Irá desenrolar-se ao longo de 4 semanas sob supervisão local da Enfermeira Especialista de Reabilitação Dulce Gonçalves.

Coube aos mestrandos optar para este estágio, pelo contexto que sentissem mais adequado de modo a complementar a sua formação. Neste caso, atendendo a que, no seu actual contexto profissional, a mestranda presta frequentemente cuidados a pessoas com AVC em fase aguda, pareceu significativo para o processo de aprendizagem um estágio numa unidade de AVC. No serviço referido, habitualmente são beneficiários dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, indivíduos com AIT ou AVC em fase aguda. Recebem doentes com diagnóstico confirmado, através do Serviço de Urgência ou através do CODU, pela activação da Via Verde AVC.

Num serviço desta especificidade, o processo terapêutico visa (após reconhecimento rápido dos sinais e sintomas e do uso imediato dos sistemas de emergência) primeiro estabilizar o doente, minimizar eventuais sequelas (por recurso à trombólise, se os requisitos forem preenchidos), diagnosticar os factores despoletadores da situação e corrigi-los. Tem logo aí início o processo de reabilitação através da maximização o que o paciente consegue executar para que adquira, mesmo que parcialmente, a capacidade de realizar algumas funções, objectivando torná-lo o mais independente possível em casa, na comunidade, no emprego. O indivíduo com AVC e a sua família devem estar envolvidos no plano de cuidados e no

plano de reabilitação, tendo a equipa a responsabilidade de ajudar a definir objectivos adaptados às suas necessidades e possibilidades.

Independentemente da preferência em trabalhar com o indivíduo com AVC, todas as outras experiências clínicas serão valorizadas e diligenciadas, de forma a maximizar o processo de aprendizagem da mestranda.

É neste âmbito, que com este estágio, se ambiciona então desenvolver competências específicas, assentando para tal todo o crescimento profissional em dois objectivos gerais:

- ★ Desenvolver competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/interdisciplinares à pessoa/ família com AVC em fase aguda, 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 área de especialização.

1. PLANO DE ACTIVIDADES

Neste processo de construção de um conjunto de competências essenciais ao enfermeiro especialista de reabilitação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009), pretende-se com este estágio na UAVC do Hospital de S. Francisco Xavier, maximizar as seguintes capacidades:

“J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/ doença e ou incapacidade.

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade.

J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.”

(...)

J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AV's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

(...)

J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)

Para concretização dos objectivos gerais identificados para este momento, os intuitos foram operacionalizados em 3 objectivos específicos. Visando estas metas, foi delineado um plano de actividades a desenvolver ao longo das próximas 4 semanas e que passará a ser descrito e explicitado de seguida:

OBJECTIVO GERAL	OBJECTIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	POR QUEM	QUANDO
<p>Desenvolver competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/interdisciplinares à pessoa/ família com AVC em fase aguda, visando a sua independência máxima.</p>	<p>Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, à pessoa com AVC em fase aguda (alterações motoras, posturais, sensitivas, sensoriais, vesicais e intestinais, da comunicação, cognitivas,).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das necessidades de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação com recurso às escalas utilizadas no serviço - Treino de competências técnicas na área da reeducação funcional motora, através da execução das acções de enfermagem de reabilitação planeadas, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento em padrão anti-espástico • Exercícios de mobilidade articular • Exercícios de fortalecimento muscular • Exercícios de facilitação cruzada • Exercícios terapêuticos • Treino de equilíbrio • Treino de marcha - Treino de competências técnicas na área da reeducação funcional respiratória, consoante necessidades da pessoa. - Promoção do auto-cuidado, consoante necessidades e capacidades da pessoa: <ul style="list-style-type: none"> • Treino de actividades de vida, com eventual recurso a ajudas técnicas 	<p>Equipa interdisciplinar</p> <p>Mestranda sob supervisão do enfermeiro cooperante</p> <p>Mestranda sob supervisão do enfermeiro cooperante</p> <p>Mestranda sob supervisão do enfermeiro cooperante</p>	<p>Diariamente</p> <p>Diariamente</p> <p>Diariamente</p> <p>Diariamente</p>

OBJECTIVO GERAL	OBJECTIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	POR QUEM	QUANDO
<p>Desenvolver competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da área de especialização</p>	<p>Gerir cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, visando dar resposta às necessidades dos doentes internados, perspectivando o trabalho em equipa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do projecto de vida da pessoa/família, visando a autonomia máxima possível - Análise da situação da pessoa em articulação com a equipa multidisciplinar, de modo a adaptar estratégias educativas na preparação da pessoa/família para o regresso a casa 	<p>Equipa interdisciplinar e mestranda Equipa interdisciplinar e mestranda</p>	<p>Ao longo das quatro semanas Diariamente</p>
	<p>Colaborar na uniformização de estratégias de ensino na equipa de enfermagem</p>	<p>- Construção de suporte escrito de apoio às diferentes áreas de educação para a saúde, de acordo com as necessidades mais prementes do serviço.</p>	<p>Mestranda, enfermeiro cooperante e equipa de enfermagem</p>	<p>3ª semana</p>

2. CONCLUSÃO

Este projecto serve de base a mais uma jornada no desenvolvimento de conhecimentos teórico/práticos especializados em reabilitação, no contexto específico da pessoa/ família com AVC em fase aguda.

Sendo o primeiro estágio numa unidade de cuidados especializados à pessoa com AVC deste percurso especializante, e atendendo à particularidade das suas dinâmicas, as expectativas de aprendizagem são grandes, tal como algum sentimento de insegurança inerente á mudança.

Eventualmente este planeamento necessitará de reajustamentos e alterações, procurando sempre maximizar as experiências de aprendizagem que possam surgir neste contexto e que constroem o corpo de competências que o mestrando necessita para desenvolver autonomamente a sua actividade, no regresso ao seu contexto profissional. A sua elaboração permitiu também clarificar as expectativas enquanto enfermeira de reabilitação, de forma a mudar atitudes e reflectindo sobre as mesmas de maneira a tornar a experiência como algo enriquecedor para o desenvolvimento pessoal e profissional.

3. REFERÊNCIAS

- ❖ HOEMAN, S. (2000). **Enfermagem de Reabilitação, aplicação e processo**. Loures: Lusociência.
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- ❖ QUEIRÓS, P.; CARDOSO, F.; MARGATO, C. (2006). **Técnicas de Reabilitação I**. Coimbra: Formasau
- ❖ QUEIRÓS, P.; MARGATO, C. (2007). **Técnicas de Reabilitação II**. Coimbra: Formasau