



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

A Importância do Treino de Atividades de Vida Diária Face à Qualidade de Vida do Idoso em Situação de Acidente Vascular Cerebral

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

Paula de Jesus Mendonça Rodrigues

Orientador: Professor Mestre José Lourenço

Coorientadora: Professora Doutora Maria João Esparteiro

2012/Março



A Importância do Treino de Atividades de Vida Diária Face à Qualidade de Vida do Idoso em Situação de Acidente Vascular Cerebral

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

Paula de Jesus Mendonça Rodrigues

Orientador: Professor Mestre José Lourenço

Coorientadora: Professora Doutora Maria João Esparteiro

2012/Março

“Só aqueles que têm paciência para fazer coisas simples com perfeição, é que irão adquirir habilidade para fazer coisas difíceis com facilidade.”

(Johann Christoph Von Schiller)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor e Mestre José Lourenço, agradeço a sua orientação, as sugestões, as ideias, os conselhos e a sua infinita disponibilidade, tolerância e compreensão. Agradeço-lhe também por ter confiado que eu seria capaz.

À Professora Doutora Maria João Esparteiro, que co-orientou este trabalho, agradeço as sugestões pertinentes, o seu saber e compreensão.

Às instituições que colaboraram, agradeço o terem facilitado e mediado os contactos.

Aos Enfermeiros Cooperantes do Estágio II, pela dedicação, interesse e empenho na orientação da minha formação.

Aos idosos e cuidadores, agradeço a sua vontade em participar nas atividades desenvolvidas durante o estágio.

À Professora, amiga e irmã Natividade Rodrigues, estou-lhe imensamente grata pela presença, pela força, pela disponibilidade e pela amizade. Sem palavras...

Aos meus: José, João e Guilherme, porto seguro das minhas angústias, alegrias e tristezas... Eles sabem bem porquê...

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e pretende fazer uma descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do estágio II. Este estágio tem como finalidade, capacitar os enfermeiros com competências especializadas em enfermagem de reabilitação, permitindo prestar cuidados diferenciados e personalizados à pessoa/família em situação de doença ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica.

Após a reflexão crítica realizada, surgiram questões com que nos deparamos na prática clínica do quotidiano e que necessitavam de respostas baseadas em fundamentos científicos.

A segunda parte do relatório teve como objetivo, aprofundar conhecimentos científicos ao nível da prática clínica com recurso à revisão sistemática da literatura. Esta pesquisa visou identificar a importância do treino das atividades de vida diária na pessoa idosa em situação de AVC e a sua repercussão a nível da sua qualidade de vida.

Nesta pesquisa, recorrendo à revisão sistemática da literatura, e com a finalidade de otimizar a prática de enfermagem baseada na evidência, foi utilizada a metodologia PI[C]O e foram selecionados três artigos de investigação para análise, retirados das bases de dados electrónicas CINAHL e MEDLINE com texto integral, através da EBSCOhost.

Conclui-se, pela análise dos artigos, que a intervenção do enfermeiro de reabilitação ao nível do treino de atividades de vida diária, à pessoa idosa em situação de Acidente Vascular Cerebral, melhora a sua qualidade de vida no domínio da independência funcional.

Palavras-chave: Enfermeiro de reabilitação; Atividades de vida diária; Acidente vascular cerebral; Qualidade de vida.

ABSTRACT

This report arises in the context of Master's Degree in Nursing of Rehabilitation and intends to make a description, analysis and reflection of the activities developed and skills acquired during stage II. This stage is intended to enable nurses in rehabilitation specialized skills, allowing to provide differentiated and specialized care to the person / family in a situation of cerebrovascular, neurological and neuro-trauma disease or disability.

After the critical reflection undertaken, there were issues that we face in everyday clinical practice and that needed answers based on scientific grounds.

The second part of the report aimed to deepen scientific knowledge at the level of clinical practice using the systematic literature review. This research aimed to identify the importance of training activities of daily living in the elderly in a situation of stroke and its repercussion in the quality of life.

In this study, using systematic literature review, and adjust in order to practice evidence-based, methodology was used PI[C]O and were selected three research articles for analysis, taken from the electronic databases MEDLINE and CINAHL with full text through EBSCOhost.

We conclude, by analyzing the articles, that the intervention of the nurse rehabilitation training at the level of activities of daily living, to elderly people in situations of stroke, improves their quality of life in the field of functional independence.

Keywords: Nursing rehabilitation; Stroke; Activities of daily living; Quality of life.

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	9
1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	11
2 - DESENVOLVIMENTO DO ENSINO CLÍNICO – ESTÁGIO II	15
2.1 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO ESTÁGIO II	17
2.1.1 Serviço de Urgência - contexto opcional	18
2.1.2 Serviço de Medicina – contexto de neurologia não traumática	22
2.1.3 Unidade de Reabilitação Geral de Adultos – contexto de neurologia traumática	27
3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	32
3.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO DE AVC	33
3.1.1 Acidente Vascular Cerebral	34
3.1.2 A limitação funcional na pessoa em situação de AVC	35
3.1.3 Independência funcional como indicador de qualidade de vida	37
3.1.4 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nas AVD's	38
3.2 - PROTOCOLO DE PESQUISA	41
3.3 - ANÁLISE DOS RESULTADOS	44
4 - CONCLUSÃO	47
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	54
ANEXO I – Projecto de Estágio II – Contexto opcional	55
ANEXO II – Projecto de Estágio II – Contexto neurologia não traumática	56
ANEXO III - Projecto de Estágio II – Contexto neurologia traumática	57
ANEXO IV - Ação de formação sobre Afasia	58
ANEXO V – Ação de formação sobre Inaloterapia	59
ANEXO VI – Panfleto informativo sobre Afasia	60
ANEXO VII - Resultado da pesquisa de artigos no cruzamento de descritores	61
ANEXO VIII - Tabelas de análise dos artigos seleccionados	62

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1 - Critérios para a formulação da questão de investigação.	42
Quadro nº 2 - Critérios de inclusão/ exclusão para seleção dos artigos a pesquisar.	43

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela nº 1 – Número de artigos pesquisados na plataforma de pesquisa, em <i>full text</i> , publicados entre 2009 e 2011, resultantes do cruzamento entre descritores.	61
Tabela nº 2 – Tabela de análise do artigo “Task oriented training in nursing care of patients with stroke: a systematic review”.	62
Tabela nº 3 - Tabela de análise do artigo “Nursing Home Resident Outcomes from the Res-Care Intervention”.	62
Tabela nº 4 – Tabela de análise do artigo “Rehabilitation for older people in long-term care (Review)”.	62

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD – Atividade de Vida Diária
AVD's – Atividades de Vida Diária
BIPAP – Bilevel Positive Pressure Airway
CHON – Centro Hospitalar Oeste Norte
DGH – Direção Geral dos Hospitais
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
INE – Instituto Nacional de Estatística
O E – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBE – Prática Baseada na Evidência
PI[C]O - Participantes; Intervenções; [Comparações]; Outcomes
QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
RGA – Reabilitação Geral de Adultos
SO – Sala de Observação
TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

ABREVIATURAS

ed. - edição
nº - número
p. – página
Prof. - Professor
Vol. - Volume

INTRODUÇÃO

É universalmente aceite que todos os enfermeiros, qualquer que seja a sua especialidade, necessitam possuir um conjunto de conhecimentos, aptidões, valores e atitudes, que se irão refletir no desempenho da sua prática.

Em saúde, os conhecimentos não são estáticos, o que hoje parece ser adequado e inovador, no futuro poderá ser incorreto e ultrapassado. Assim, considero que os profissionais que exercem funções e desenvolvem competências nesta área terão que ter uma grande capacidade de inovação, flexibilidade e contínua ambição de melhorar as suas práticas, à luz da evolução científica.

O presente relatório surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém, refere-se ao Estágio II, o qual tem como finalidade capacitar os mestrandos com competências especializadas em enfermagem de reabilitação, permitindo prestar cuidados diferenciados e personalizados à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica.

Neste relatório procura-se a análise reflexiva produzida ao longo do percurso de aprendizagem desenvolvido em estágio, inter-relacionando todas as experiências vivenciadas.

A elaboração deste relatório crítico proporcionou ao seu autor momentos de análise e reflexão, constituindo uma avaliação formal do percurso percorrido, na certeza de que uma aprendizagem eficaz só é possível, quando existe uma reflexão constante sobre a prática.

O Estágio II foi dividido em três Blocos (I, II, III) e conseqüentemente, realizado em três contextos distintos, com a duração de quatro semanas para cada bloco, de modo a poder concretizar os objetivos estabelecidos.

O Bloco I é referente ao estágio opcional e foi realizado no Serviço de Urgência/Cirurgia do Centro Hospitalar Oeste Norte em Alcobça de 1 a 30 de novembro de 2010.

O Bloco II foi realizado no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Oeste Norte em Alcobça de 6 de dezembro a 21 de Janeiro de 2011, tendo como contexto a neurologia não traumática.

O Bloco III foi realizado na Unidade de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, e decorreu de 24 janeiro a 18 de Fevereiro de 2011, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências em contexto de neurologia de causa traumática.

Nesta sequência, este relatório tem como objetivos gerais:

- Analisar as competências de enfermagem de reabilitação adquiridas no decorrer do Estágio II.
- Aprofundar conhecimentos científicos ao nível da prática clínica, com o recurso à revisão sistemática da literatura.

Tendo como objetivos específicos:

- ✓ Identificar as competências do enfermeiro de reabilitação e as suas áreas de atuação;
- ✓ Fundamentar as competências desenvolvidas em estágio, no sentido de uma enfermagem avançada, inventariando a sua natureza;
- ✓ Refletir sobre os conhecimentos e vivências adquiridas em estágio;
- ✓ Apresentar propostas e sugestões para a mudança pessoal e profissional;
- ✓ Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática da literatura;
- ✓ Compreender a importância do treino de atividades de vida diária na pessoa idosa em situação de AVC, com enfoque na sua qualidade de vida;
- ✓ Analisar os resultados obtidos de acordo com as melhores evidências.

No âmbito da enfermagem, existe a preocupação em conceptualizar e fundamentar os cuidados de enfermagem prestados. Nesta ótica, surgem as teorias de enfermagem como bases de pensamento e como referências conceptuais que nos ajudam a avaliar as situações de cuidar. À medida em que as situações vão surgindo, essas bases de pensamento, vão conferir uma estrutura de organização, análise e tomada de decisão (DE LAUNE; LADNER, 2002).

Existem várias teorias que orientam os profissionais de enfermagem na sua prática. No entanto, este trabalho tem como referencial a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, por entender que é uma das teorias que se adequam à filosofia da enfermagem de reabilitação.

O relatório está estruturado em duas partes distintas. Na 1ª parte é apresentada para além da introdução, o enquadramento teórico do estágio II, com a clarificação conceptual de alguns conceitos que irão ser abordados no decorrer do mesmo e por fim, constará a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas neste ensino clínico.

A segunda parte do trabalho apresenta uma pesquisa, realizada com recurso à revisão sistemática da literatura, que aborda uma problemática que emergiu da reflexão crítica do estágio II, a qual é baseada na importância do treino das atividades de vida diária na pessoa em situação de AVC e a sua repercussão a nível da qualidade de vida. Esta questão tenta analisar, qual o caminho adequado para a prática da enfermagem de reabilitação e qual o seu contributo nesta área.

Apresenta também os aspetos metodológicos do protocolo de pesquisa relacionados com a questão PI[C]O, tendo por base a prática baseada na evidência, 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.

Para esta pesquisa foram seleccionados três estudos através de bases de dados científicos, promovendo assim uma análise reflexiva (reflexão na ação e sobre a ação) do problema em estudo de acordo com as melhores evidências, mobilizando para a mesma a concepção teórica, por referência ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

Finalmente, são apresentadas a conclusão e as referências bibliográficas.

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O enfermeiro pela sua formação e atuação profissional desenvolve papéis no âmbito educativo, da gerência, na coordenação e implementação da assistência de enfermagem ao binómio pessoa/família e à comunidade. O papel educativo do enfermeiro foi considerado desde o início da Enfermagem Moderna e hoje os hospitais, como instituições de saúde, têm ampliado a sua finalidade curativa para incluir, também os papéis de prevenção e reabilitação.

A **reabilitação** é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia um indivíduo que está doente ou incapacitado para atingir o seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e económico. O processo de Reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida com dignidade (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

Também KENNETH (2009, p.1234), refere que a reabilitação é a “restauração completa do indivíduo ao seu potencial clínico, mental, emocional, social e vocacional do qual ele é capaz”. Esta deve focar o indivíduo como um todo e não somente a doença de base. O objetivo da reabilitação é maximizar a habilidade funcional e minimizar o impacto que a incapacidade tem sobre o indivíduo, a família e a comunidade.

A **enfermagem de reabilitação** segundo HOEMAN (2011, p. 3), é “um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio da doença, ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida”. Desenvolve-se desde “a prevenção primária até aos níveis agudos e sub-agudos e é o sustentáculo da intervenção terciária na comunidade e nas transacções ao longo da vida”. Tem como objectivos para com a pessoa que cuida:

Definir objectivos para níveis máximos de interdependência funcional e actividades de vida diária; Promover o auto-cuidado, prevenir complicações e posterior deficiência; reforçar comportamentos de adaptação positiva; Assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados; Advogar uma qualidade de vida óptima; Melhorar os resultados esperados; Contribuir para reformas no carácter, estrutura e prestação de cuidados nos serviços de saúde (HOEMAN, 2011, p.3).

Em Portugal, recentemente, foi publicado em Diário da República dois documentos legais que vieram definir o “perfil das competências comuns” do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 122/2011) e mais especificamente, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 125/2011).

De acordo com este último documento, as **competências específicas do enfermeiro especialista** em enfermagem de reabilitação são essencialmente: Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da

participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (REGULAMENTO N.º 125/2011).

Assim, o enfermeiro de reabilitação tem competência de conceber e implementar planos, selecionar e prescrever as intervenções para “otimizar e ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade” (REGULAMENTO N.º 125/2011, p.8659).

No âmbito da prevenção, HOEMAN (2011), salienta que o enfermeiro de reabilitação deve promover as intervenções preventivas na enfermagem, não só para assegurar que os utentes mantenham as capacidades funcionais, para evitar mais incapacidade e para prevenir complicações, como para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade.

No entanto, numa situação já existente ou previsível no futuro, o enfermeiro especialista em reabilitação tem como objetivo, que a pessoa deficiente ou incapacitada e os seus próximos, consigam o melhor nível possível de autonomia, para que não vivam ou vivam o menos possível, situações de desvantagem (HESBEEN, 2003).

Ou seja, este prestador de cuidados tem por missão tentar ajudar a pessoa a criar uma maneira de viver, portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que se encontra, seja qual for o estado do seu corpo ou a natureza da sua afeição (HESBEEN, 2003).

A Circular Normativa N.º 5/90 da DGH, refere que a enfermagem de reabilitação:

Está essencialmente vocacionada para a aplicação precoce de técnicas de reabilitação específicas com o fim de evitar sequelas e complicações inerentes à situação clínica e imobilidade aproveitando ao máximo as capacidades para o restauro da função e diminuição de incapacidades, contribuindo para uma mais rápida reintegração do doente na família e comunidade e conseqüente redução dos dias de internamento. (PORTUGAL. Direcção Geral dos Hospitais, 1990).

As **funções do enfermeiro de reabilitação** dão ênfase a certas prioridades relacionadas com a “promoção das funções máximas”. O enfermeiro deve maximizar as pequenas habilidades e promover modificações ambientais (diminuição de barreiras arquitetónicas e acessibilidade) que proporcionam diminuir diferenças entre dependência e independência. Deve contemplar a orientação do cuidar, para o autocuidado, estimulando a prevenção, a cura e a reabilitação, levando em consideração as crenças, hábitos, os valores e práticas que caracterizam a população a ser atendida (DELISA, 2002).

Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2009), os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, passam pela diminuição do número de dias de internamento; diminuição do número de reinternamentos; maior autonomia nas AVD's; maior independência funcional; maior satisfação; melhor qualidade de vida do cliente.

No âmbito deste relatório de estágio, tendo por base as avaliações e intervenções de enfermagem na capacitação da pessoa para o autocuidado referenciados na Teoria de Dorothea Orem e em consideração aos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem na promoção dos projetos de saúde de cada pessoa ao longo do ciclo vital; procura-se a

satisfação das necessidades humanas fundamentais e a maximização da independência na realização das atividades de vida, promovendo desta forma o autocuidado (OE, 2009).

Os conceitos de saúde, pessoa e ambiente, descritos nos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” estão em consonância com a Teoria de Orem, sendo essenciais para a prática de enfermagem. A **Saúde** “...é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual (...) trata-se de um estado subjetivo ...”. A **Pessoa** “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...) toda a pessoa interage com o **ambiente** no qual “as pessoas vivem e se desenvolvem, sendo constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida...” (OE, 2002, p.6,7).

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é formada por três construtos teóricos inter-relacionados: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (OREM, 1995).

De acordo com OREM (1995), a Teoria do Autocuidado implica a prática de cuidados realizados pelo indivíduo com a finalidade de manutenção da condição vital e de saúde. A ação de autocuidado é a capacidade humana ou o poder de ajustar o autocuidado e essa capacidade do indivíduo pode estar condicionada a uma série de fatores, como o sexo, a idade, estado de desenvolvimento, condições sócio-económicas e culturais, nível educacional, estado de saúde e experiência de vida.

Autocuidado é também definido como a “atividade executada pelo próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.” O autocuidado engloba: tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto-elevar-se, usar o sanitário, transferir-se, lavar-se, virar-se, usar a cadeira de rodas. (CIPE, 2006, p. 46).

A teórica preconiza cinco métodos de ajuda que o enfermeiro pode utilizar para oferecer assistência com autocuidado que são: agir ou fazer para a outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar. O enfermeiro pode ajudar o indivíduo usando um ou todos esses métodos para proporcionar a assistência ao autocuidado (GUERRA, 2002).

Nesta teoria, “o controle das decisões e a implementação da intervenção do profissional ficam transferidos para o paciente, diminuindo a dependência na relação profissional-paciente e a prevenção de sequelas negativas” (GUERRA, 2002, p.19).

A Teoria de Déficit de Autocuidado, determina que “a enfermagem é necessária quando um indivíduo é incapaz ou tem limitações na provisão de autocuidado efetivo. Nestas situações, o indivíduo necessita adquirir conhecimentos e habilidades a fim de incorporá-los no seu sistema de cuidado” (FOSTER et al., 2000, p. 22).

Por sua vez, a Teoria de Sistemas de Enfermagem, estabelece a estrutura e orienta as práticas de enfermagem, identificando: o sistema totalmente compensatório; o sistema

parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Esses sistemas são compostos por elementos fundamentais como: a dimensão da responsabilidade da Enfermagem nas situações de atendimento à saúde; o papel geral e específico de cada participante visando suprir as exigências terapêuticas (GUERRA, 2002).

São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado, a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar, suplementando e complementando atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente (OE, 2002, p.13).

2 - DESENVOLVIMENTO DO ENSINO CLÍNICO – ESTÁGIO II

A prática clínica permite uma aplicação e uma adequação da teoria à prática.

Este processo de mobilização e integração, inerente ao contexto da prática clínica, permite, não só um crescimento pessoal através da aquisição de novas competências e novas responsabilidades, mas também um crescimento profissional através de uma maior autonomia e confiança nas atividades e técnicas inerentes ao conteúdo do enfermeiro especialista em reabilitação (SÁ-CHAVES, 2000).

O ensino clínico permite a confrontação de capacidades inerentes à passagem do abstrato, personificado nos conteúdos programáticos, para o concreto, presente no dia-a-dia do cuidar. Deste modo, pode-se afirmar que os estágios constituem a interface entre a lógica didática e a lógica da produção (SÁ-CHAVES, 2000).

O Estágio II tem como objetivo principal capacitar o enfermeiro a desenvolver competências especializadas em reabilitação, permitindo prestar cuidados diferenciados e personalizados à pessoa/família em contexto específico de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica.

É referido pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS, 2003) que o objetivo fundamental da reabilitação é ajudar o utente a fazer o máximo possível dentro das limitações de qualquer incapacidade residual. Para que esse objetivo seja alcançado, não deve haver demora no início da capacitação da pessoa para o autocuidado, sendo este fundamental para a realização das atividades de vida diária.

As atividades de vida diária (AVD's) são definidas por DELISA (2002) como sendo atividades do dia-a-dia de uma pessoa, incluem alimentação, vestuário, higiene, mobilidade, locomoção, comunicação e demais atividades realizadas tanto em casa quanto na vida comunitária (escola, trabalho e lazer).

Estas tarefas, sendo rotineiras para pessoas sãs, podem tornar-se desafios extraordinários para pessoas com deficiência e incapacidade cognitiva, motora ou sensitiva. Ultrapassar obstáculos e desempenhar tarefas como o acto de arrumar-se e vestir-se, contribuem para a apresentação do eu, tão necessário para viver num mundo social. Estas são atividades normalmente incluídas nas Atividades de Vida Diária. Outras como preparar alimentos, lavar roupa, usar o telefone e fazer compras, foram classificadas por como atividades instrumentais de vida diária (AIVD), também conhecidas como atividades de vida doméstica (DELISA, 2002).

A capacidade de executar tarefas de cuidados pessoais contribui não só para a aceitação de si próprio como para a identidade, com um reflexo direto na auto-estima (DELISA, 2002).

No processo de cuidar surgem várias problemáticas da prática clínica e neste estágio não foi exceção. Segundo AUGUSTOS; CARVALHO (2002) a doença e o internamento são sempre vivenciados como uma agressão, são causa de grandes incapacidades e elevados níveis de dependência da pessoa durante o internamento e após a alta hospitalar. A incapacidade de longa duração pode ter um impacto na qualidade de vida do indivíduo, diminuindo a participação na atividade funcional e social.

Segundo RABELO; CARDOSO (2007), a incapacidade funcional é definida como a restrição da capacidade do indivíduo de desempenhar atividades normais da vida diária e quantifica o impacto de doenças ou acidentes. Refere-se também a limitações específicas no desempenho de papéis socialmente definidos e de tarefas dentro de um ambiente sociocultural e físico particular. Estão incluídas, as atividades básicas e instrumentais de vida diária, os papéis no trabalho, nas atividades não-ocupacionais, recreativas ou de lazer.

Para HESBEEN (2003) a reabilitação implica a prevenção de lesões, pseudo limitações funcionais e deficiências dando ênfase à promoção de saúde e qualidade de vida nas populações de todas as idades.

Para a readaptação funcional da pessoa, é importante a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, face ao planeamento da alta da pessoa internada em instituições de saúde, de acordo com as necessidades das pessoas e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a optimização da capacidade da pessoa e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino da pessoa sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional (OE, 2002, p.14).

Os princípios da reabilitação promovem o envolvimento do paciente e sua família no planeamento e implementação de cuidados que têm como meta, a máxima independência possível e a capacitação da pessoa para o autocuidado (NEAL, 2001).

Ao longo da minha vida profissional como enfermeira, acompanhei de perto muitos utentes com limitação funcional, nomeadamente vítimas de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Traumatismo Vertebral medular e de AVC, os quais apresentam frequentemente quadros de tetraplégia, paraplégia e hemiplégia. O deficit neurológico, mais ou menos severo, com o qual a pessoa se depara de uma forma inesperada, é sempre motivador de angústia e expectativas face à sua recuperação. Cedo começam as interrogações do utente e principalmente da família que, no decurso do internamento se apercebe das limitações do seu familiar para a realização das atividades de vida diária, antecipando desde logo, as dificuldades que irão surgir aquando do regresso a casa.

Um regresso a casa bem sucedido implica também uma boa preparação do cuidador informal. Segundo RODRIGUES et al. (2001), entende-se por cuidador informal, a pessoa, familiar ou não, que proporciona a maior parte dos cuidados e o apoio diário a quem sofre de uma doença ou tem necessidade de ajuda para a realização das suas atividades de vida diária, sem receber remuneração

É de primordial importância o apoio dos cuidadores informais e a preparação adequada do ambiente físico, minimizando as barreiras arquitetónicas, pois são fatores potenciadores da

reabilitação com vista à máxima independência possível da pessoa com handicaps. Uma boa adaptação do ambiente físico e uma criteriosa adequação dos produtos de apoio, proporciona aos beneficiários destes cuidados uma melhoria das suas vidas pessoais e familiares, sentindo-se mais seguros e independentes (DELISA, 2002).

Na operacionalização do Estágio II, foi realizado um projeto de autoformação para cada bloco (anexo I, II e III). Este processo de autoformação foi orientado para os objectivos a atingir e para as atividades a desenvolver de acordo com o contexto.

Sendo o ensino clínico, um componente formativo essencial para a aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades profissionais. É nestes que se interpelam os saberes, se questiona a teoria e se promove uma análise crítica reflexiva sobre a prática. Neste sentido, no final de cada bloco de estágio, foi elaborado um relatório de contexto, o qual transmitiu a descrição e análise reflexiva do percurso de aprendizagem desenvolvido, inter-relacionando todas as experiências vivenciadas, pois uma aprendizagem eficaz só é possível quando existe uma reflexão constante sobre as práticas.

Este relatório de estágio visa contextualizar o local onde foi realizado o estágio, o período de duração e os objetivos/atividades desenvolvidas pelo formando. Neste âmbito, este relatório procura ser desenvolvido com recurso à atitude crítico-reflexiva sobre as atividades de enfermagem desenvolvidas.

Esta atitude crítico-reflexiva é definida por GONÇALVES; GONÇALVES (2004), ao referirem que uma razão para pensar criticamente implica:

Tomar-se consciente e reflectir sobre o nosso papel e identidade no mundo, em relação a coisas, acontecimentos e pessoas (...) o pensamento crítico ajuda a focar e aguçar a consciência. Sendo assim, a reflexão dos cuidados prestados favorecem a percepção e a aplicabilidade do processo de enfermagem, contribuindo para a resolução de problemas em enfermagem, originando fundamentos e concepções (GONÇALVES; GONÇALVES, 2004, p.16-17).

2.1 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO ESTÁGIO II

Este estágio foi desenvolvido em três blocos distintos, com a duração de quatro semanas para cada bloco e teve como objetivos institucionais:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares /interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.

2.1.1 Serviço de Urgência - contexto opcional

No primeiro estágio efetuado, o Bloco I, no qual o contexto foi opcional, realizou-se no Serviço de Urgência do CHON – Unidade de Alcobaça e teve como objetivos:

- ✓ Conhecer o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no serviço de Urgência/Cirurgia.
- ✓ Participar na dinâmica organizacional do serviço como gestor de cuidados, assumindo o papel de Enfermeiro Especialista em enfermagem de reabilitação.
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neuro-traumatológicas em estado de médio e ou alto risco.
- ✓ Participar na formação em serviço.
- ✓ Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos em contexto neurológico e cardio-respiratório.

Este serviço tem como objetivos primordiais a assistência dos utentes numa fase aguda de doença e muitas vezes em estado crítico.

A escolha deste campo de estágio deteve-se a uma característica que muitos outros serviços de urgência não têm, ou seja, possui uma enfermeira Especialista em Reabilitação a prestar cuidados apenas nesta área aos utentes de médio e alto risco que ficam internados na sala de observação (SO) e no serviço de cirurgia. Estas unidades possibilitam a oportunidade de perceber e desenvolver competências em enfermagem de reabilitação num contexto diferente do que me é habitual, pois exerço funções de enfermagem num serviço de medicina.

Devo salientar que este estágio efetuou-se em dois serviços, devido ao facto da enfermeira especialista cooperante pertencer ao serviço de Urgência, mas em simultâneo dar apoio ao serviço de Cirurgia, pois este serviço carece de enfermeiro especialista em reabilitação.

No serviço de Urgência do CHON, constatei que o enfermeiro de reabilitação, atua principalmente a nível dos doentes que se encontram internados na Sala de Observação (SO), os quais algumas vezes, permanecem nesta unidade mais tempo do que seria de esperar, devido à falta de vagas nos serviços de internamento.

Progressivamente, durante o decorrer de todo o estágio, fui atingindo o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neuro-traumatológicas numa fase aguda em estado de médio e alto risco. No serviço de Urgência (SO), conforme foram surgindo novas e diferentes situações, que iam exigindo o desenvolver de competências e capacidades para saber atuar adequadamente e o mais precocemente possível, recorrendo à mobilização dos conhecimentos adquiridos, procurando sempre fundamentar as decisões tomadas, recorrendo sempre que necessário a pesquisa científica e bibliográfica. Para esta fundamentação nas decisões a tomar, foram partilhados alguns recursos académicos específicos nesta área (métodos de consulta de artigos na internet em bases de dados científicos) com a enfermeira especialista em reabilitação e com alguns elementos da equipa.

Uma das competências do enfermeiro de reabilitação é identificar as “necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's” (REGULAMENTO N.º 125/2011, P. 8658).

As funções do enfermeiro especialista, nesta unidade, passam inicialmente pela identificação das necessidades de reabilitação da pessoa com patologias muito diversas, nomeadamente, Pneumonias, DPOC, ICC, Derrames Pleurais, AVC, Traumatismos Crânio encefálicos, etc.

Para identificação das necessidades de cuidados de enfermagem em reabilitação, consultei de forma sistemática fontes de informação pertinentes, nomeadamente o processo clínico do utente, entrevista ao utente/família e também informações pertinentes da restante equipa multidisciplinar, desenvolvendo um processo de avaliação da situação concreta nas componentes pessoais, familiares e de cidadania.

No primeiro contacto com a pessoa com alterações neurológicas, a realização do exame neurológico é primordial, alguma desta pesquisa, requer a colaboração consciente da pessoa, tais como, a avaliação da acuidade visual e campos visuais para pesquisa do nervo óptico, a sensibilidade da face para a pesquisa do nervo trigémeo, o paladar para pesquisa do nervo glossofaríngeo, pedir à pessoa para articular palavras, para assobiar e dar estalidos com a língua, para pesquisar o nervo vago, hipoglosso e glossofaríngeo.

A observação direta permitiu-me avaliar, de forma imediata, a simetria facial para pesquisa do nervo facial e a força muscular do esternocleidomastoideu e trapézio na pesquisa do nervo espinhal.

Esta pesquisa, em algumas das pessoas que observámos, por não poderem colaborar devido à sua condição física, continha apenas os parâmetros neurológicos possíveis de avaliar, pois não permitia a avaliação de todos os nervos cranianos. Perante a avaliação funcional da pessoa, eram traçados objetivos de atuação em enfermagem de reabilitação, tendo em atenção as capacidades da pessoa e o seu conforto.

Após a avaliação inicial e de acordo com os objetivos de atuação, planeia-se e coloca-se em prática um programa de reabilitação específico para cada caso em particular. Este processo tem início o mais precocemente possível, prevenindo a perda da função e promovendo a independência funcional do paciente.

O enfermeiro de reabilitação deve conceber e implementar programas de treino motor e cardio-respiratório, de uma forma em que, “ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa” (REGULAMENTO N.º 125/2011).

Para elaborar um programa de reabilitação, no qual a pessoa/família é o centro dos cuidados, identifiquei o seu potencial de reabilitação, fazendo uma verificação prévia dos diagnósticos de enfermagem em reabilitação, tendo em conta os handicaps e as potencialidades a desenvolver durante o internamento, utilizando todos os recursos existentes no serviço.

Algumas das situações, de acordo com a extensão da lesão, permitiram o levante e o treino de equilíbrio sentado com utilização da tábua de Freeman, mobilizações articulares passivas ou ativas assistidas e exercícios terapêuticos no leito (ponte, rotação do tronco e da anca), posicionamentos anti-espásticos, estimulação da sensibilidade e propriocepção através da aplicação de talas de pressão Margareth Johnstone.

Para o desenvolvimento das atividades planeadas considero uma mais valia a orientação que foi proporcionada pela enfermeira cooperante que permitiu sempre a minha distribuição pelas áreas que mais facilmente conduziram à concretização deste objetivo.

Na Sala de Observação do serviço de urgência é frequente a permanência de pessoas com DPCO agudizada, e em alguns destes casos, tive a oportunidade de colaborar na reeducação funcional respiratória e também na aplicação de técnicas de Ventilação não Invasiva (BIPAP), quando necessário.

À medida que decorreu o estágio e de uma forma progressiva, fui adquirindo competências específicas de reabilitação no planeamento, prestação, reavaliação permanente com registos globais e individualizados ao doente, de acordo com as prioridades, redefinidas continuamente, com metodologia e protocolos instituídos em parceria com a enfermeira especialista.

Devo salientar que por vezes, a avaliação dos cuidados de reabilitação implementados são difíceis de mensurar, devido à grande rotatividade de doentes neste serviço.

Relativamente ao serviço de Cirurgia, os procedimentos de atuação são idênticos aos do serviço acima referido, no entanto, o que difere são as patologias e um tempo de internamento mais prolongado, conseguindo-se assim, uma avaliação dos cuidados de reabilitação mais eficiente.

Todo este processo terapêutico tem a finalidade de ajudar a pessoa a minimizar o sofrimento, diminuir o tempo de internamento e atingir um melhor nível de autonomia.

A articulação destes serviços a nível de cuidados de reabilitação com a comunidade é escassa. Os utentes com necessidade de continuidade de cuidados de reabilitação, são encaminhados para o serviço de Fisioterapia do CHON de Alcobaça que funciona em regime de Ambulatório, muitas vezes este serviço não consegue dar resposta em tempo útil a todas as solicitações.

Os registos de enfermagem de reabilitação no Serviço de Cirurgia são feitos em suporte de papel no processo do utente, para assim se poder avaliar e dar continuidade aos cuidados prestados.

No Serviço de Urgência, os registos de enfermagem, dos doentes aos quais prestamos cuidados, são realizados através do sistema informático "ALERT" que contem um sistema de alertas que apresentam uma lista de tarefas por realizar ou de eventos que necessitem da intervenção de determinado utilizador.

Este sistema inclui a avaliação inicial do doente, cuidados de enfermagem necessários e atitudes terapêuticas, assim como o registo de análises e exames efetuados, documentando e fundamentando as intervenções realizadas e garantindo também a continuidade de cuidados.

O “ALERT” possibilita, a cada momento, obter uma visão global sobre os doentes a serem atendidos e os meios de diagnóstico utilizados. Além disso, permite que o utilizador possa fornecer aos familiares, informações mais céleres e atualizadas, sobre o estado do doente.

Depois desta etapa de contacto com uma aplicação que não conhecia, consciencializei-me que a mesma tem imensas potencialidades, a apresentação gráfica fácil, a percepção da localização exata do doente no circuito, a percepção dos tempos de espera globais e individuais, a percepção fácil da realização das terapêuticas ou intervenções prescritas, a atribuição de responsabilidade sobre o doente, a disponibilidade de toda a informação, facilitando o registo e a gestão dos cuidados.

Tal aplicação criou-me momentos de stress que tentei ultrapassar, nomeadamente quando tinha que realizar registos relativos a mais do que um doente ou quando necessitava da password da enfermeira cooperante para entrar no sistema.

Apesar destes contratemplos, considero que foi facilitador na colheita de informação e conhecimento dos doentes através dos registos de episódios anteriores.

Considero que foram prestados os cuidados adequados, de forma organizada e coerente, atuando de acordo com normas/protocolos, rotinas e recursos existentes, sem descurar a qualidade dos cuidados e a ética.

Quanto ao objetivo de aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos em contexto neurológico e cardio-respiratório, realizei pesquisas de artigos sobre a reabilitação da pessoa com TCE, AVC, DPOC e Pneumonia, através de bases de dados científicos, como complemento aos saberes práticos adquiridos ao longo do estágio, para que estes fossem atualizados, quer na área da neurologia e pneumologia, quer na área da reabilitação.

Esta pesquisa enfatizou a reabilitação motora e respiratória e a avaliação neurológica, bem como exercícios específicos para realizar nestas situações.

As intervenções acima descritas, convergiram no sentido de adquirir competências para avaliar e reformular “programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados” (REGULAMENTO N.º 125/2011, p. 8659).

Também neste contexto, e porque existiu um interesse particular por parte da equipa de enfermagem em aprofundar e atualizar os seus conhecimentos e métodos a utilizar para a comunicação com a pessoa Afasia (sintoma frequente em consequência de AVC ou TCE), realizei uma ação de formação conjuntamente com o mestrando Rui Silva para os enfermeiros do CHON de Alcobaça (anexo IV). Esta partilha de saberes e experiências foi muito gratificante no contexto da prática clínica, na medida em que levou toda a equipa à reflexão sobre os cuidados preconizados e os implementados no serviço, pois veio demonstrar a possibilidade de se atuar mais eficazmente a este nível.

Durante as quatro semanas de estágio fui adquirindo confiança e assumindo com autonomia as novas responsabilidades, o que proporcionou a revelação das minhas qualidades técnicas, científicas e relacionais, na prestação de cuidados especializados à pessoa com alterações neurológicas e cardio-respiratórias.

Penso que teria sido vantajoso um estágio mais alargado no tempo, permitindo assim um melhor conhecimento da orgânica e gestão de cuidados dos dois serviços, de forma a adequar mais eficazmente a intervenção especializada à realidade de cada serviço. No entanto, as experiências vivenciadas foram muito enriquecedoras para o desenvolvimento de competências especializadas em cuidados de reabilitação.

Em síntese, este contexto de estágio, permitiu a aquisição de competências gerais para a especialidade, nomeadamente na conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados; adaptação da gestão dos recursos às situações e ao contexto, bem como a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro, desenvolvendo uma prática profissional e ética no campo da intervenção da enfermagem de reabilitação (REGULAMENTO N.º 122/2011).

Relativamente à aquisição de competências do enfermeiro especialista em reabilitação, este contexto permitiu identificar as necessidades de intervenção, conceber, implementar e avaliar planos e programas especializados tendo em vista a manutenção da função e a qualidade de vida da pessoa com alterações cerebrovasculares e neuro-traumatologias em estado de médio e ou alto risco (REGULAMENTO N.º 125/2011).

2.1.2 Serviço de Medicina – contexto de neurologia não traumática

O 2º Estágio efetuado, o Bloco II, foi realizado no Serviço de Medicina do CHON – Unidade de Alcobaça e teve como objetivos:

- ✓ Integrar o papel de Enfermeiro Especialista em enfermagem de reabilitação na dinâmica organizacional do serviço de Medicina como gestor de cuidados.
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesão neurológica não traumática (AVC).
- ✓ Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos neste contexto.
- ✓ Participar na formação em serviço.

Após a componente teórica, torna-se essencial aplicar os conhecimentos à prática, permitindo assim a aquisição e desenvolvimento de competências no tratamento e reabilitação da pessoa com alterações neurológicas não traumáticas.

Este serviço tem como principais objetivos tanto a prestação de cuidados como a humanização destes, tratamento e prevenção de complicações.

A escolha deste campo de estágio surgiu perante a necessidade de aperfeiçoar o nível de cuidados prestados e de adquirir novos conhecimentos e competências na área da reabilitação à pessoa com doenças cerebrovasculares e neurológicas.

Para perceber o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na dinâmica organizacional do serviço de Medicina como gestor de cuidados é necessária uma boa integração no serviço e na equipa.

A integração num serviço, bem como o seu conhecimento relativamente à estrutura física, organizacional e funcional surgem como elementos facilitadores no processo de

desenvolvimento progressivo da autonomia e das habilidades do enfermeiro, contribuindo para uma integração adequada e para um desempenho mais eficaz.

Para a minha integração contribuíram todos os elementos da equipa multidisciplinar, que me receberam de forma afável, apoiando-me diariamente no exercício das minhas funções tendo contribuído para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. No início do estágio foi um imperativo perceber a organização do serviço, constituição da equipa, estrutura orgânico-funcional e a metodologia de prestação de cuidados, o qual me permitiu uma integração adequada.

Ao iniciar esta prática clínica, foi relativamente fácil constatar a existência de inúmeros utentes com necessidade de uma intervenção de enfermagem de reabilitação. O serviço de Medicina engloba uma diversidade de utentes com patologias respiratórias tais como a pneumonia, bronquiectasia, derrame pleural, tuberculose, enfisema pulmonar e infecção respiratória.

São também frequentes, neste serviço, as patologias neurológicas, como o acidente vascular cerebral quer isquémico quer hemorrágico, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras. Portanto houve a necessidade de se limitar a área de intervenção, sendo no entanto importante salientar que esteve sempre presente o espírito de inter-ajuda entre os restantes profissionais de saúde e o enfermeiro de reabilitação, nomeadamente a preocupação com a participação da sua intervenção na decisão do programa para os outros utentes que não aqueles que me estavam atribuídos.

De modo a facilitar a compreensão da dinâmica da equipa multidisciplinar constituinte do Serviço de Medicina, houve necessidade de apelar à observação. Analisando e refletindo sobre a realidade vivenciada neste serviço. O empenho atribuído ao estudo das mobilizações, posicionamentos e cinesiterapia respiratória serviu como fortalecimento e enriquecimento pessoal em termos teóricos, bem como a transmissão de um maior grau de segurança e diferenciação nos cuidados prestados. A equipa de enfermagem é composta por elementos jovens mas competentes nos cuidados de enfermagem prestados aos utentes, a sua atuação recaí sobre as necessidades básicas não satisfeitas, tendo em conta a família com vista à alta.

Analisando crítica e construtivamente este objetivo, posso contudo afirmar que, as atividades planeadas foram pertinentes e adequadas à concretização do objetivo de desenvolver a atuação da enfermagem de reabilitação. Como é óbvio, esta integração surgiu de forma gradual e progressiva resultando num objectivo alcançado.

Ao longo do estágio foram inúmeras as situações em que a intervenção de enfermagem de reabilitação se assumiu como indispensável e necessária, no entanto, houve necessidade de delimitar a área de intervenção, e neste sentido foram conciliados os factores como: utentes com maior necessidade de intervenção de enfermagem de reabilitação; utentes com capacidade cognitiva suficiente para aderir a um projeto de intervenção; utentes com diagnósticos que suscitavam maior interesse para a área a desenvolverem competências, mais especificamente a pessoa com AVC. Assim, durante esta prática clínica a delimitação da intervenção relacionou-se fundamentalmente à pessoa com necessidade de reeducação funcional motora.

O processo de reabilitação, para além de envolver o aconselhamento e a orientação individual e familiar, pressupondo a pessoa como ser único que procura viver em equilíbrio e harmonia, compreende medidas diversificadas e complementares nos domínios da prevenção, do apoio psicossocial e sócio-profissional, das ajudas técnicas, da cultura, recreio e desporto e de outras que visem favorecer a autonomia pessoal, com a cooperação de profissionais aos vários níveis setoriais e empenhamento da comunidade.

Tive a preocupação de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação considerando a pessoa (indivíduo, família, conviventes significativos ou grupo social) ao longo do seu ciclo vital como sujeito ativo e decisivo, central no processo de cuidados e portanto parceiro fundamental da equipa de saúde. A pessoa é considerada com autonomia e com poder de decisão devendo ser ajudada a tomar as suas opções e decisões de forma consciente e informada no processo de reabilitação. Os cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvem-se tendo como princípios fundamentais o respeito pela pessoa e pela sua individualidade.

O estabelecimento da confiança e do bom relacionamento é um pré-requisito para a criação de relações de ajuda entre os enfermeiros de reabilitação e as pessoas com deficiências crónicas, incapacitantes ou de desenvolvimento familiar.

O enfermeiro de reabilitação deve ter a capacidade de integrar saberes de enfermagem com outros saberes de outras áreas, deve estar esclarecido acerca do seu papel e saber justificar as suas ações e comportamentos fundamentando-os à luz do último saber adquirido. Um dos seus objetivos será o de promover intervenções preventivas em enfermagem de reabilitação de maneira a assegurar que os utentes mantêm as capacidades funcionais, evitando assim mais incapacidades, prevenir complicações, como para defender a qualidade de vida, dignidade e socialização do indivíduo.

Ao prestar cuidados de enfermagem de reabilitação neste serviço, tive a oportunidade de fazer uma avaliação funcional baseada em indicadores pré estabelecidos. Para a avaliação motora verificava-se, o tónus, trofismo, força muscular, contraturas, deformidades, coordenação motora grossa e fina, aspectos perceptivos-cognitivos e sensoriais (se existe ou não deficit), aspectos emocionais (de forma que interfira no desempenho ocupacional). No desempenho funcional, avalia-se a capacidade para o autocuidado (alimentação, vestuário, higiene), trabalho, lazer, comunicação e mobilidade.

Os programas de reabilitação implantados incidiam nas necessidades individuais de cada pessoa, geralmente o ensino e o treino tinham enfoque na postura e movimentação global do indivíduo (mobilizações passivas, ativas e resistidas; transferências; treino de marcha, etc), mudanças posturais e a forma como são realizadas, presença ou não de movimentos posturais compensatórios, aconselhamento de tecnologia auxiliar e treino para seu uso e incentivo à participação da família/cuidadores no tratamento, e continuidade em casa.

Após desenvolver conhecimentos teórico-práticos no âmbito da enfermagem de reabilitação em relação às patologias mais comuns no Serviço de Medicina, adequada para as situações encontradas e os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, pode ser considerado que foi bastante enriquecedor e construtivo para ambas as partes.

Neste serviço, a maioria dos pacientes são idosos, e para além da patologia neurológica, têm associada patologia respiratória na qual a intervenção do enfermeiro de reabilitação é fundamental, mas para que se obtenha êxito no tratamento é necessário um trabalho exaustivo, sincronizado e em equipa, promovendo a prevenção, onde a formação em serviço, o debate e a reflexão são fundamentais. Neste âmbito realizei uma ação de formação dirigida aos enfermeiros do CHON sobre Inaloterapia (anexo V), o que permitiu rever e esclarecer alguns conceitos e práticas relativas a esta temática.

Realizando uma reflexão sobre a concretização das atividades, posso afirmar que o empenho e dedicação aplicados na pesquisa científica e na procura de novas aprendizagens durante o ensino clínico, proporcionaram segurança no domínio do conhecimento bem como na realização de técnicas de enfermagem específicas, e apesar de ser um processo que exigiu muito empenho, resultou, sem dúvida, num crescimento e amadurecimento pessoal.

Durante a realização da prática clínica, da aplicação da aprendizagem relacionada com a enfermagem de reabilitação, da execução dos planos de cuidados e posteriormente da sua aplicação nos utentes previamente selecionados, a análise e interpretação da interação da enfermagem de reabilitação em conjunto com a equipa multidisciplinar tem um resultado bastante positivo.

De acordo com as nossas competências, o enfermeiro de reabilitação “elabora e implementa programas de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (REGULAMENTO N.º 125/2011).

No entanto, por existir apenas um enfermeiro de reabilitação neste serviço, o treino das atividades de vida diária é pouco fomentado, o que considero uma lacuna, pois estas atividades são fundamentais no dia-a-dia de uma pessoa, tais como alimentação, vestuário, toalete, banho, transferências para cadeira, locomoção, comunicação e interação social. O treino nas AVD’s implica a adaptação à condição atual e às sequelas que o indivíduo apresenta (hemiplégia, deficit de coordenação e equilíbrio, alterações cognitivas e visoespaciais, entre outras).

Observei frequentemente, que a falta de participação em atividades de vida após AVC, conduz à diminuição da função física, diminuição da função cognitiva, problemas na comunicação e falta de auto-satisfação na forma como a pessoa executa uma atividade.

A depressão é também uma consequência comum após o AVC, podendo indicar diminuição da qualidade de vida. Nesta lógica, ao aumentar a capacidade de uma pessoa para cuidar de si mesmo, irá melhorar em vários aspectos a sua qualidade da vida.

Segundo HESBEN (2003), a capacidade de uma pessoa para cuidar de si mesmo pode melhorar a sua qualidade de vida. Neste enquadramento, surge uma questão pertinente para a prática no cuidar em enfermagem de reabilitação: **como pode a intervenção de enfermagem de reabilitação focada no treino das atividades de vida diária, aumentar a qualidade de vida (no domínio da independência funcional) da pessoa idosa após AVC?**

A enfermagem de reabilitação apresenta-se como uma mais-valia para a recuperação dos utentes, uma vez que se consegue minimizar as dificuldades sentidas pelos mesmos e torná-los mais independentes, remetendo-os para uma realidade muitas vezes diferente da

anteriormente vivida. A participação dos familiares no processo de recuperação, a preparação para a alta e o planejar de forma antecipada a organização do domicílio para uma nova realidade foram uma constante.

O envolvimento dos familiares ou cuidadores da pessoa é fundamental no planeamento da preparação para a alta, tendo como meta o regresso a casa, assim como a comunicação fluida e coordenada entre médicos e enfermeiros envolvidos no processo. A elaboração de notas de pré-alta e de alta, com o resumo dos aspectos biomédicos, os cuidados de enfermagem de reabilitação e a detecção de necessidades sociais envolventes são aspectos de extrema importância na reabilitação (NOGUEIRA et al., 2007).

Partilho da opinião de SHYU; HSIAO (2004) ao concluírem que os problemas que o prestador de cuidados enfrenta no domicílio constituem uma das maiores causas de readmissão após um período de internamento. Eles são vítimas de um enorme stress e tem imensa dificuldade em se prepararem tanto física como psicologicamente, aquando o regresso do doente a casa.

O interesse demonstrado pelos restantes profissionais de saúde como enfermeiros, assistentes operacionais, médicos, fisioterapeutas, dietista, assistente social, secretária de unidade, entre outros, foi gratificante, pois demonstraram o quanto consideram importante a intervenção do enfermeiro especialista na programação dos cuidados a prestar aos utentes e a sua participação na equipa multidisciplinar.

A presença de uma enfermeira de reabilitação, diária e constante, tornou possível a rápida recuperação de todos os utentes envolvidos nos cuidados. Os exercícios de reeducação funcional motora e respiratória foram executados com maior frequência ao longo do dia, o que, de facto, contribuiu para a diferença. O incentivo e o acompanhamento permanente de um enfermeiro de reabilitação, a disponibilidade para o acompanhamento da família, para a preparação para a alta promovem na pessoa e na família uma sensação de maior segurança, de motivação para o desenvolvimento de estratégias para a recuperação parcial ou total.

Sintetizando, este contexto permitiu a aquisição de competências gerais para o enfermeiro especialista, relativamente ao desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da gestão clínica, baseando a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, participação na formação dos enfermeiros e avaliação do impacto da formação, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências (REGULAMENTO N.º 122/2011).

Este contexto de estágio, também permitiu o desenvolvimento de competências na especialização em enfermagem de reabilitação, possibilitando a capacitação da pessoa com deficiência cerebrovascular e neurológica, com limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, aumentando a sua funcionalidade e desenvolvendo as capacidades da pessoa (REGULAMENTO N.º 125/2011).

2.1.3 Unidade de Reabilitação Geral de Adultos – contexto neurologia traumática

O 3º Estágio efetuado, o Bloco III, foi realizado no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais – Tocha, na Unidade de Reabilitação Geral de Adultos (RGA) e teve como objetivos:

- ✓ Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesões neurológicas traumáticas (TCE), desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à sua máxima autonomia e independência.
- ✓ Capacitar a pessoa /família com alterações neurológicas para a independência no autocuidado, tendo em vista a sua reinserção social.
- ✓ Participar na formação, aprofundando conhecimentos técnicos/científicos específicos em contexto neuro-traumatológico.
- ✓ Refletir sobre o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências ao longo deste ensino clínico.

Esta unidade hospitalar tem privilegiada articulação com os restantes serviços de saúde da região centro, promovendo a readaptação e integração sócio-profissional de pessoas com deficiência. Este estabelecimento hospitalar de nível central exerce atividades de interesse público nas áreas de cuidados de saúde, ensino, investigação na saúde, com o máximo enfoque nos cuidados diferenciados de reabilitação em doentes com lesões neurológicas cerebrais e medulares, grandes politraumatizados, lesões músculo-esqueléticas, entre outras.

A escolha deste campo de estágio baseou-se no facto de pretender desenvolver uma prática de excelência na prestação de cuidados especializados em reabilitação à pessoa/família em situação de doença neurológica de causa traumática, complementando a formação teórica à prática.

São várias as sequelas de origem neuro-traumatológica que afectam a independência do ser humano restringindo a sua qualidade de vida e prejudicando a sua independência. Assim, parece-me bastante pertinente a intervenção do enfermeiro de reabilitação nesta área, pois a sua ação irá minimizar complicações e sequelas, aumentar a função, potenciando a capacidade de o indivíduo ser reintegrado na sociedade.

As patologias mais frequentes na Unidade de Reabilitação Geral de Adultos são: o Acidente Vascular Cerebral, e o Traumatismo Crânio encefálico e em menor número, são abordadas outras patologias do foro neurológico como Síndrome de Guillain-Barré, Esclerose Múltipla, Tumores Cerebrais, Anóxias Cerebrais, Ataxias, entre outras.

Desta área fazem parte uma equipa interdisciplinar de comprovada competência e cariz humanista e de elevada diferenciação científica e técnica, em constante atualização. A prestação de cuidados destes profissionais é orientada para as necessidades do utente. O objetivo é promover a qualidade de movimento do utente e maximizar as suas capacidades funcionais, visando uma melhor qualidade de vida / autonomia.

A integração neste serviço passou inicialmente por um conhecimento da estrutura orgânico-funcional, constituição da equipa e metodologias de prestação de cuidados. Para ter uma percepção global da gestão dos cuidados, participei nas passagens de turno inteirando-

me assim de toda a informação pertinente, de todos os doentes internados no serviço, bem como doentes admitidos.

As funções do enfermeiro especialista nesta unidade são muito abrangentes e de extrema importância para a pessoa com necessidade de atingir maior autonomia ou para restabelecer a função que se encontra limitada ou perdida.

Durante o decorrer do estágio e de uma forma progressiva fui atingindo o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesões neurológicas de causa traumática, nomeadamente com TCE, desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à máxima autonomia e independência dos utentes.

De acordo com as diversas situações clínicas que surgiram ao longo do estágio, procurei mobilizar saberes e conhecimentos adquiridos, para poder atuar de forma adequada, procurando sempre fundamentar as decisões em bases científicas.

Ao elaborar um programa de reabilitação, em que a pessoa/família são o centro dos cuidados, identifiquei o potencial de reabilitação, fazendo uma verificação prévia dos diagnósticos de enfermagem em reabilitação, tendo em conta as capacidades a desenvolver durante o internamento, usando os recursos existentes, promovendo assim o autocuidado.

Também OREM (1995) refere que o enfermeiro deve criar um sistema que seja “totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação”. As duas ações envolvidas no planeamento dos sistemas de enfermagem seriam a realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado; a seleção da combinação de maneiras de auxílio, que sejam ao mesmo tempo, efetivas e eficientes na tarefa de compensar ou superar os déficits de autocuidado. Com a utilização do modelo de Orem, as metas são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem, capacitando o paciente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidados.

Uma das competências do enfermeiro especialista em reabilitação no sentido de avaliar os resultados das intervenções implementadas refere a utilização de “indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida)” (REGULAMENTO N.º 125/2011).

Nesta unidade tive a oportunidade de aplicar a escala MIF (Medida de Independência Funcional), esta escala enfatiza as atividades de vida diária, ajudando assim o enfermeiro especialista a traçar um programa de acordo com cada indivíduo e posteriormente proceder-se à reavaliação dos cuidados prestados. Esta avaliação funcional tem a finalidade de medir o uso individual das variadas capacidades da pessoa, que incluem o desempenho das tarefas necessárias à vida diária, atividades de lazer, objetivos vocacionais e interações sociais.

Em neurologia traumática, a função cognitiva, sensitiva e motora, encontra-se muitas vezes afetada. A realização do exame neurológico é a primeira prioridade no contacto com a pessoa, recorrendo assim à neuro-avaliação por pares cranianos.

Após a avaliação da força muscular, sensibilidade e capacidades para executar as atividades de vida diária, eram traçados objetivos de atuação em enfermagem de reabilitação,

tendo em atenção o seu conforto e as capacidades da pessoa para a execução das atividades recomendadas.

De acordo com as capacidades, handicaps e projeto de vida de cada pessoa, esta era envolvida no processo terapêutico, sendo treinada as suas habilidades para as AVD's, procurando desta forma, capacitar a pessoa/família para uma maior autonomia, tendo em vista o seu regresso a casa.

Nesta unidade, o ensino e treino das AVD's aos utentes e aos cuidadores é bastante enfatizado, existe uma preocupação em tentar capacitar o utente para o autocuidado de acordo com as suas expectativas iniciais (na admissão), por exemplo, se o objetivo do utente é conseguir vestir-se sem ajuda de outrem, então o treino irá ser mais exaustivo em métodos e estratégias que facilitem atingir esse objetivo.

O envolvimento dos familiares/cuidadores é fundamental no planeamento da alta. Segundo MARTINS (2002), a família representa um papel fundamental durante a fase de recuperação principalmente aquando do regresso do utente ao domicílio, esta deve partilhar responsabilidades no processo de recuperação do utente, especialmente a longo prazo, contribuindo para o seu bem-estar. Um deficiente funcionamento familiar pode ter um impacto negativo na reabilitação.

Uma das minhas preocupações foi nunca esquecer a família/pessoa significativa, disponibilizando tempo para a entender, escutar e esclarecer todas as dúvidas que surgiam.

Devo salientar que em geral, nesta unidade a família/cuidador passa bastante tempo com o utente e participa ativamente nos cuidados de reabilitação, principalmente no apoio das atividades de vida diária e na estimulação cognitiva.

De uma forma progressiva, desenvolvi competências humanas, relacionais e técnicas na abordagem da pessoa com patologia neuro-traumática assim como com a sua família. É evidente que a relação com a pessoa/família nem sempre é fácil, temos que atender às especificidades e particularidades de cada um, pois cada pessoa é única, exclusiva, peculiar e inigualável.

O enfermeiro de reabilitação deve promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, orientando para a eliminação de barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa. Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade (REGULAMENTO N.º 125/2011).

Neste processo procurei validar algumas estratégias para diminuir as barreiras arquitetónicas no domicílio, nomeadamente pranchas de madeira para banheira, incentivo ao alargamento de portas ou à abolição de degraus.

No desenvolvimento das atividades planeadas foi de extrema importância a orientação proporcionada pela enfermeira cooperante que facilitou a minha distribuição pelas áreas que mais facilmente conduziram à concretização deste objetivo, no entanto o facto de ter de prestar cuidados globais aos utentes que me foram atribuídos, condicionou e limitou as minhas experiências, pois ficava com o tempo muito limitado para me dedicar exclusivamente à reabilitação.

Na unidade de RGA os registos de enfermagem e os programas de reabilitação são elaborados em suporte digital, visando a monitorização e avaliação dos cuidados prestados.

Considero que foram prestados os cuidados adequados, de forma organizada e coerente, atuando de acordo com normas/protocolos, rotinas e recursos existentes, sem descurar a qualidade dos cuidados e a ética.

A participação na formação e aprofundamento de conhecimentos técnicos/científicos foram um objetivo sempre presente neste estágio, e para contribuir de uma forma efetiva, realizei um folheto informativo sobre Afasia (anexo VI), dirigido ao utente /família da RGA, o que permitiu rever e esclarecer alguns conceitos e práticas relativas a esta temática, bem como auxiliar os familiares em estratégias eficazes para a comunicação com a pessoa afásica.

Ainda neste contexto, realizei pesquisas de artigos sobre a reabilitação da pessoa com sequelas resultantes de TCE, através da revisão sistemática da literatura, como complemento aos saberes práticos adquiridos ao longo do estágio, de forma a estes serem atualizados na área da neurologia traumatológica.

Ao refletir sobre o percurso de aprendizagem, considero ter atingido os objetivos propostos, através do desenvolvimento de competências, nomeadamente na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Durante o estágio fui adquirindo confiança e assumindo com autonomia as novas responsabilidades, o que proporcionou a revelação das minhas qualidades técnicas, científicas e relacionais, na prestação de cuidados especializados à pessoa com alterações neurológicas traumáticas e cardio-respiratórias.

Numa análise global, considero ter tido uma atitude proativa perante a diversidade e complexidade das situações com que me fui deparando, procurando prestar cuidados de enfermagem de reabilitação de crescente complexidade e qualidade.

Devo salientar, relativamente à minha aprendizagem, a existência de uma mútua colaboração, acompanhamento e cooperação, dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, destacando-se o envolvimento e interesse demonstrado por parte dos enfermeiros especialistas em reabilitação que cooperaram na minha formação.

Um enfermeiro competente, deverá saber transferir aquilo que aprendeu adaptando-se a cada situação concreta. A competência passa por saber mobilizar os conhecimentos e qualidades para solucionar um dado problema.

Os recursos materiais e a qualidade dos cuidados de enfermagem em reabilitação apresentados, fazem deste serviço uma oportunidade única, especialmente na utilização de produtos de apoio de qualidade e diversidade, o qual ultrapassou as minhas expectativas.

Ao refletir sobre os objetivos gerais do curso para a componente prática e os meus objetivos específicos, considero que estes foram atingidos de forma global e integrada.

Este estágio constitui uma base de formação importante, uma vez que proporcionou oportunidades para desenvolver, integrar e aperfeiçoar saberes e competências adquiridas ao longo da componente teórica.

Em síntese, este contexto de estágio, permitiu a aquisição de competências gerais para a especialidade, nomeadamente na conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados; adaptação da gestão dos recursos às situações e ao contexto, bem como a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro (REGULAMENTO N.º 122/2011).

Relativamente à aquisição de competências do enfermeiro especialista em reabilitação, este contexto permitiu identificar as necessidades de intervenção à pessoa com alterações neuro-traumatológicas, conceber, implementar e avaliar planos e programas de treino especializados, tendo em vista à qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (REGULAMENTO N.º 125/2011).

Após a exposição do desenvolvimento da prática clínica, e ciente das competências implícitas para o meu exercício profissional, é meu objetivo na segunda fase deste trabalho, fazer uma pesquisa, recorrendo à revisão sistemática da literatura (prática baseada na evidência), a fim de adquirir e aprofundar conhecimentos para uma atuação fundamentada, relativamente à questão que emergiu desta análise reflexiva, ou seja, poderá a intervenção de enfermagem de reabilitação focada no treino de atividades de vida diária, aumentar a qualidade de vida no domínio da independência funcional, na pessoa idosa que sofreu AVC?

3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A revisão sistemática da literatura é um tipo de estudo secundário, que facilita a elaboração de diretrizes clínicas e contribui para o planejamento de pesquisas. Estas revisões reúnem de forma organizada, grande quantidade de resultados de estudos científicos e auxiliam na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão. Este tipo de estudo responde a uma pergunta claramente formulada utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e analisar dados de estudos incluídos na revisão, sendo de grande utilidade para a tomada de decisão sobre a prática, na busca das melhores evidências científicas. (GALVÃO; SAWADA, 2005),

A Prática Baseada na Evidência (PBE), de acordo com GALVÃO; SAWADA (2005), envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos, incluindo também aspectos como a experiência e competência clínica do profissional, os valores e preferências do cliente e a relação custo/benefício de todo o processo.

Basear as decisões da prática do dia-a-dia em pesquisas científicas e na melhor evidência é a abordagem ótima para o desenvolvimento de políticas, protocolos, intervenções e orientações clínicas. Assim, para SILVA et al. (2008, p. 37), a PBE é tida como exemplar e “sugere uma relação entre a teoria e a prática, encarando a pesquisa como geradora de conhecimento que constrói, suporta e determina o desempenho profissional”.

A prática dos cuidados de enfermagem implica um conhecimento teórico atualizado, pressupondo uma formação contínua e constante, com conseqüente ajustamento à realidade teórico-prática, na qual as questões com que nos deparamos no cotidiano necessitam de respostas baseadas em fundamentos científicos.

A este propósito, FORTIN (2009, p.49) refere que “os campos da prática podem levantar muitas interrogações e constituir desta forma uma fonte importante de domínios a explorar”.

Complementando, HOEMAN (2011) afirma que “os profissionais de reabilitação interessam-se pela melhor forma de conseguir a qualidade de vida da pessoa, a independência no autocuidado e a capacidade de retomar a vida ativa e por ajudar os clientes a reavaliar as capacidades funcionais”.

Esta revisão sistemática da literatura tem como objetivo, aprofundar conhecimentos sobre importância do treino de atividades de vida diária na pessoa idosa em situação de AVC, com enfoque na sua qualidade de vida, fundamentando a singularidade da prática de cuidar, baseada em evidência científica e a suscetibilidade de mudança.

;

Em suma, neste capítulo pretende-se construir uma base teórica, que enquanto síntese da literatura publicada neste âmbito, seja o suporte da análise dos documentos pesquisados, pelo que abordará conteúdos inerentes à problemática a estudar.

3.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO DE AVC

O envelhecimento da população é a alteração demográfica mais significativa na transição do século XX para o século XXI, sendo preocupante pela sua dimensão, duração e irreversibilidade, afetando os sistemas de saúde, educação, mercado de trabalho e de segurança social (CARRILHO, 2002).

O INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE, 2002) refere que no ano de 2025, cerca de um terço da população europeia será constituído por 113,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos (nalguns países referenciam-se os idosos a partir dos 60 anos). Isto significa um aumento de 50% em 30 anos. Portugal acompanha esta evolução demográfica em relação ao envelhecimento. Em 2001, em Portugal, a proporção de 16,4% de idosos (+ 65 anos) ultrapassou pela primeira vez a proporção de 16% de jovens (0-14 anos). Em 2020 está previsto 18,1% de idosos e 16,1% de jovens e, nesse ano, os idosos com mais de 75 anos constituirão 7,7% da população.

As alterações ocorridas nos últimos vinte anos, originadas pelo aumento da esperança média de vida e pela diminuição da taxa de natalidade, produziram mudanças significativas no contexto social. Os dados divulgados pelo INE (2002) indicam que a população idosa ultrapassa já em número a população jovem (FONSECA, 2005).

Atualmente é preocupante o crescente número de cidadãos dependentes, quer por fenómenos naturais do envelhecimento, quer como consequência de doenças ou por acidentes de vária ordem. A evolução da ciência criou situações de necessidade que a sociedade tem dificuldade em dar resposta. O acrescentar de anos à vida, pela evolução tecnológica e da ciência, não tem sido acompanhado pela desejável autonomia, e pela manutenção de uma qualidade de vida aceitável (CARRILHO, 2002).

A qualidade de vida, nas pessoas idosas é largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia (capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências) e a independência, que é a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, sem ajuda ou com pequena ajuda de alguém (OMS, 2002).

Nos Estados Unidos, segundo OMS (2002), dois terços das pessoas com limitação de atividade (com prejuízos do autocuidado ou das atividades de vida doméstica), têm doenças do sistema músculo-esquelético, circulatório ou nervoso. Sendo o Acidente Vascular Cerebral uma das principais doenças causadoras de limitação de atividade funcional.

De acordo com os dados da OMS (2004), nos Estados Membros incluindo Portugal, as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais causas de morbilidade e invalidez.

O AVC é a primeira causa de morte em Portugal, 30% dos AVC são fatais e a mortalidade ao fim de 4 anos é da ordem dos 40% (GOUVEIA, 2004). Provoca incapacidade física e mental, perda de produtividade e consideráveis gastos nos Serviços de Saúde. Os acidentes vasculares cerebrais ocupam o terceiro lugar como causa de morte e incapacidade nos países industrializados (OMS, 2004).

3.1.1 Acidente Vascular Cerebral

O acidente vascular cerebral é uma doença caracterizada pelo início agudo de um défice neurológico (diminuição da função) que persiste por pelo menos 24 horas, refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral que leva a uma redução do aporte de oxigénio às células cerebrais adjacentes ao local do dano com conseqüente morte dessas células; começa abruptamente, sendo o défice neurológico máximo no seu início, e podendo progredir ao longo do tempo (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

Segundo NETO (2002), esta patologia é caracterizada por um défice neurológico focal súbito devido a uma lesão vascular. Este termo evoluiu nas últimas décadas para incluir lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação, mesmo que não exista alterações detectáveis nas artérias ou veias.

Os mecanismos de um AVC são vários, tais como: trombose de uma artéria, lacunas (pequenos enfartes profundos no cérebro), embolia, hematoma intra-craniano, hemorragia subaracnoideia e aneurismas ou malformações arterio-venosas. Contudo o AVC pode dividir-se em dois tipos básicos: o hemorrágico e o isquémico (NETO, 2002).

O AVC é uma patologia estatisticamente assustadora em todo o mundo, como causa de incapacidade, de demência e de morte. Aproximadamente 80% dos acidentes vasculares cerebrais são causados por um baixo fluxo sanguíneo cerebral (isquémia) e outros 20% por hemorragias tanto intraparenquimatosas como subaracnóideas (NETO, 2002).

Estas lesões são provocadas por enfarte, devido a isquémia ou hemorragia, resultando num comprometimento da função cerebral. Os défices motores caracterizam-se pela paralisia ou parésia de metade do corpo, a qual é denominada de hemiplégia, e é contra lateral à lesão (NETO, 2002).

Os principais fatores de risco para a manifestação de um AVC são: a idade, a patologia cardíaca, a diabetes mellitus, aterosclerose, hereditariedade, raça, contraceptivos orais, antecedentes de acidentes isquémicos transitórios (AIT) ou de acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial, dislipidémia, tabagismo, sedentarismo, elevada taxa de colesterol e predisposição genética (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

É de salientar que nos fatores de risco não modificáveis, os de maior expressão são a idade, sendo que a incidência aumenta exponencialmente após os 65 anos e quanto ao género, estudos americanos demonstram que a incidência de AVC é mais comum em homens e entre afro-americanos (NETO, 2002).

Os fatores de risco nas doenças cerebrovasculares aumentam a probabilidade de ocorrência de um acidente vascular cerebral, no entanto, muitos deles podem ser minimizados com tratamento médico ou mudança nos estilos de vida (NETO, 2002).

As alterações resultantes dos AVC estão relacionadas com o território cerebral atingido, sendo a localização da lesão determinante na manifestação que pode ocorrer ao doente (NETO, 2002).

Quando a hemiplégia se manifesta no lado direito, é frequente ocorrerem alterações da comunicação, estando a percepção visual-motora e memória visual íntegra. Se pelo contrário a hemiplégia atinge o lado esquerdo do corpo, ocorrem normalmente alterações da percepção visual-motora, perda da memória visual, anosognosia esquerda com prejuízo da aprendizagem, falta de discernimento e julgamento, assim como neglets (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

Embora a manifestação mais clássica do AVC seja a hemiplégia, o utente com esta patologia apresenta ainda uma série de alterações tais como, alteração do tônus muscular, inicialmente numa primeira fase apresenta flacidez, passando rapidamente para uma segunda fase, denominada fase espástica, com um padrão típico que tem de ser rapidamente contrariado. Apresenta ainda alterações da coordenação, do equilíbrio, da sensibilidade, quer superficial quer profunda; do campo visual, sendo as mais frequentes as hemianópsias; da linguagem, podendo se traduzir por afasias ou disartrias, alterações mentais, do comportamento, do humor e ainda perturbações esfíncterianas (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

O AVC é a patologia cuja incidência e enorme prevalência de sequelas, leva rapidamente a uma dependência para as atividades de autocuidado, sendo de fundamental importância iniciar um programa de reabilitação precoce, diminuindo assim o agravamento das sequelas e habilitando os utentes para a realização de algumas atividades de vida diária da forma mais independente possível (HESBEEN, 2003).

Estes doentes necessitam para além de muito estímulo, de ensino e treino em algumas actividades de vida, tais como, comer e beber, vestuário e atividade física, podendo também haver necessidade de alguns dispositivos de compensação de forma a ultrapassar os compromissos funcionais resultantes da hemiplegia (HESBEEN, 2003).

Existem três formas dos indivíduos com lesão cerebral poderem recuperar as capacidades funcionais perdidas: a recuperação espontânea, a restituição da função ou a compensação da função perdida. A reabilitação é possível em muitos casos graças à enorme capacidade do cérebro em aprender e mudar (PAIS-RIBEIRO, 2005). Hoje em dia sabe-se que as células de outras áreas do cérebro, que não foram afetadas pelo AVC, podem assumir determinadas funções realizadas pelas células da área afetada. A este fenómeno dá-se o nome de neuroplasticidade (JOHNSTONE, 1979).

3.1.2 A limitação funcional na pessoa em situação de AVC

A condição funcional de uma pessoa é um dos grandes indicadores da sua saúde.

Manter-se funcionalmente ativo num determinado contexto, considerando as relações culturais dentro do grupo em que o indivíduo participa como cidadão, parece ser um dos grandes desafios para a sociedade dos nossos tempos (RABELO et al., 2007).

Segundo RABELO et al. (2007), a mobilidade, capacidade de deslocação do indivíduo pelo ambiente, é um componente da função física extremamente importante; constituindo um pré-requisito para a execução das atividades de vida diária e a manutenção da independência.

A capacidade funcional está relacionada com conceitos como a deficiência, incapacidade, desvantagem, cujos conceitos passamos a abordar (RABELO et al., 2007).

Para HESBEEN (2003, p.40) deficiência é uma “alteração prolongada da estrutura anatômica, fisiológica ou psicológica de um indivíduo”. Nem todas as deficiências levam à incapacidade, mas podemos afirmar que qualquer incapacidade é geralmente originada no mínimo por uma deficiência. É demasiado redutor aplicar a palavra deficiente a uma pessoa, pois estamos a reduzi-la a uma parte do seu corpo, menosprezando as suas reais capacidades.

Pois, como refere HESBEEN (2003, p.40), “a deficiência não existe em termos absolutos, está associada a situações concretas do quotidiano e nem sempre é aquilo que é visível e os deficientes nem sempre são aqueles que pensamos”.

O conceito de incapacidade refere-se à “consequência funcional de uma deficiência” (HESBEEN, 2003, p.40). Para a CIPE (2006, p.94) define-se como “perda ou ausência de uma aptidão física ou mental observável e mensurável ou incapacidade física ou mental”.

A incapacidade, está relacionada com a restrição da mobilidade e expressa-se por dificuldade no desempenho de certos gestos e determinadas atividades da vida quotidiana ou mesmo pela incapacidade em desempenhá-las devido a situações, que podem apresentar-se isoladamente ou associadas, como parésia, paralisia, tremores, diminuição da sensibilidade, espasticidade, limitação da amplitude de movimentos, entre outros (RABELO et al., 2007).

As deficiências e incapacidades podem ser bastante abrangentes, podendo dar origem a desvantagens (handicaps). Desvantagem, para KIRBY (2002), é uma dificuldade imposta a um indivíduo, resultante de uma deficiência ou incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal para aquele indivíduo. Para HESBEEN (2003, p.43) “a desvantagem é uma situação danosa, associada às consequências dos obstáculos com que as pessoas e os seus próximos se confrontam no quotidiano da vida, decorrentes de uma deficiência, de uma incapacidade ou de características particulares”.

Obstáculos por si só, não constituem desvantagens; todos nós nos deparamos com eles diariamente. Para que o obstáculo dê origem a uma situação de desvantagem; tem que provocar danos, isto é ser nocivo, tornar a situação mais difícil (HESBEEN, 2003).

As limitações funcionais decorrentes do AVC são habitualmente a dificuldade para a marcha e para o desempenho de várias atividades de vida diária. Os défices cognitivos como a perda de memória, de atenção e de percepção visuo-espacial, as dificuldades na comunicação, na alimentação e na função sexual também podem estar presentes (RABELO et al., 2007).

Os sintomas estão dependentes do local e da extensão da lesão, segundo BRUNNER; SUDDARTH (2002), as formas mais comuns de apresentação são a perda de sensibilidade, a

perda de força, a dificuldade em falar ou em engolir, a perturbação da visão e as alterações cognitivas. Poderão surgir outros problemas como retenção urinária, dor, depressão, fadiga e aumento do tónus muscular (espasticidade).

Todavia, a permanência de sequelas incapacitantes, de acordo com DELISA (2002), impõe à pessoa que sofreu um AVC, limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, o qual pode alterar a dinâmica da vida dessas pessoas, não só pelas sequelas físicas que restringem as atividades da vida diária e tornam-nas, muitas vezes, dependentes de terceiros para movimentar-se e agir com maior ou menor independência, mas também por comprometerem a possibilidade de administrar a vida pessoal e familiar. Assim, pode-se afirmar que o AVC é uma doença crónica que causa incapacidade, deficiências e desvantagens.

Pelo que atrás foi dito, e tendo em conta a finalidade da reabilitação, partilho da opinião de HESBEEN (2003) ao definir reabilitação, como “a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem”.

3.1.3 Independência funcional como indicador de qualidade de vida

O termo qualidade de vida é frequentemente usado como sinónimo de satisfação com a vida, auto-estima, bem-estar, felicidade, saúde, valor e significado da vida, habilidade de cuidar de si mesmo e independência funcional (CALVERT; SKELTON, 2008).

A qualidade de vida funcional, com vista à saúde e funcionamento normal do organismo é chamada de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), considera aspectos relativos às enfermidades, às disfunções e às necessárias intervenções terapêuticas em saúde, identificando o impacto destes na qualidade de vida. Engloba cinco categorias da vida do indivíduo: duração da vida, nível funcional, percepções, oportunidades sociais e incapacidades, todas relacionadas à doença (CALVERT; SKELTON, 2008).

A Organização Mundial da Saúde definiu que a qualidade de vida é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 2002).

Quando a qualidade de vida é relacionada a aspectos associados a patologias, é utilizada como um indicador para avaliar a eficiência, a eficácia e o impacto de alguns tratamentos aplicados a grupos com determinada patologia. Segundo SEIDL; ZANNON (2004), quando a qualidade de vida é relacionada a intervenções de saúde específicas é utilizada como um indicador nas avaliações clínicas de doenças específicas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e da sua adaptação à condição atual.

Avaliar a qualidade de vida na terceira idade implica a adoção de uma série de critérios de natureza biológica, psicológica e socio-estrutural. Assim, existem vários elementos que podem ser apontados como determinantes ou indicadores do bem-estar na terceira idade: longevidade, saúde física e mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis sociais, familiares e ocupacionais (FONSECA, 2005).

Ainda que não haja dúvidas sobre a capacidade de aprendizagem dos idosos, não se pode ignorar o impacto que o envelhecimento produz sobre os órgãos dos sentidos, o sistema nervoso e algumas funções cognitivas como a memória, entre outras, e que podem interferir ou constituir-se em barreira para a aprendizagem. Os profissionais de saúde poderão identificar essas dificuldades e estabelecer estratégias de ensino alternativas para cada caso. (FONSECA, 2005).

Cabe aos profissionais, que trabalham de modo direto ou indireto com idosos, em contextos sociais, de saúde ou políticos, garantir a implementação de estratégias continuadas, como meio para garantir a manutenção dos papéis e, conseqüentemente, o seu bem-estar e qualidade de vida. O envelhecimento bem-sucedido só será alcançado através de um esforço intencional e concertado por parte dos profissionais (FONSECA, 2005).

O domicílio é o local onde se encontra a família e é nela que os seus elementos se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. Deve considerar-se o ambiente familiar como um componente importante para as pessoas em reabilitação, seja pelos aspetos físicos e materiais, como pelo lado afetivo e social, pois a família é uma das forças que influenciam o processo de saúde – doença dos indivíduos e o seu envolvimento pode traduzir-se numa mais-valia preciosa em todo o processo de reabilitação global do doente e na sua reintegração social e profissional (AMARAL, 2001).

3.1.4 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de AVD'S

A reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que busca a independência para a realização do autocuidado, sendo o segundo, entendido como um conjunto de ações desenvolvidas pelo indivíduo e pela família para atender às necessidades da vida diária, que é aprendido e aperfeiçoado ao longo da vida (OREM, 1995).

Desta forma, as intervenções de enfermagem de reabilitação para promover o autocuidado, deverá ser um processo dinâmico, envolvendo orientações para a saúde que auxiliam os indivíduos/família com incapacidades a obterem uma melhor recuperação em todos os sentidos: físico, mental, espiritual e social. Isto possibilita uma melhor qualidade de vida, que inclui a recuperação da dignidade, do auto-respeito e independência (SMELTZER et al., 2005).

A este propósito, DELISA (2002) refere que, “capacitar para a realização de tarefas de cuidados pessoais diários, contribui não só para a aceitação de si próprio como para a identidade, tão necessário para viver num mundo social, com um reflexo direto na auto-estima.

Parece existir consenso, de que o autocuidado e a mobilidade são centrais na reabilitação, sendo essencial a “medição da função”. No entanto o leque de intervenções de enfermagem parece ser mais amplo, pois grande parte dos programas de reabilitação, incluem também “medição do funcionamento cognitivo, emocional, perceptual, social e vocacional” (KELLY- HAYES, 2000).

A intervenção da enfermagem, no sentido de medir a funcionalidade/capacidade da pessoa para a realização das atividades de vida diária, implica uma “avaliação funcional”, que

para KELLY- HAYES (2000, p.165) é um “método de descrever as competências e limitações a fim de medir o uso individual de variadas capacidades que incluem o desempenho das tarefas necessárias à vida diária, atividades de lazer, objetivos vocacionais, interações sociais e outros comportamentos necessários.”

No âmbito da avaliação, são utilizadas escalas de incapacidade ou de AVD's, que medem um conjunto de atividades que incluem a alimentação o vestir, o tomar banho, a mobilidade e a continência. Habitualmente têm uma disposição hierárquica, partindo de funções básicas como a alimentação para funções de nível mais elevado como o subir escadas. Foram desenvolvidos mais de 50 instrumentos de avaliação funcional, os que mais se utilizam são: a Medida de independência Funcional (MIF ou FIM/Funcional Independence Measure); o Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965) e o índice de Katz (KELLY-HAYES, 2000).

A utilização destas escalas é de extrema importância para a prática da enfermagem, pois segundo BOTELHO (2005), a opção pela prática da avaliação da funcionalidade, no acompanhamento dos idosos, pode permitir ainda a uniformização do conceito de autonomia; a pesquisa e eventual correção de factores de dependência, como a morbilidade física e mental ou o isolamento social; promoção de factores de independência, como a atividade física; e a implementação de factores de autonomia, como por exemplo, apoios técnicos ou adaptações ambientais.

Para além da avaliação funcional, e de acordo com o (REGULAMENTO N.º 125/2011) enfermeiro de reabilitação tem a competência de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, através da elaboração e implementação de programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

Os programas de treino de AVD's incidem no ensino à pessoa e/ou cuidador de técnicas específicas de autocuidado, realização de treinos específicos, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa (REGULAMENTO N.º 125/2011).

Neste sentido, os enfermeiros de reabilitação ajudam os doentes a readquirir as capacidades para desempenhar as AVD's (participação das tarefas de cuidado pessoal dos doentes, como o banho ou o controlo da continência) e educam os doentes na sua rotina de saúde, como por exemplo, seguir um plano de medicação, limpeza pessoal, transferência da cama para uma cadeira de rodas e necessidades particulares (ex. doentes diabéticos), orientando igualmente no sentido de reduzir os factores de risco. Cabe-lhes também dar informações, apoio e orientações à família e a outras pessoas envolvidas na prestação de cuidados (HOEMAN (2011).

A família/cuidador tem um papel importante na reabilitação, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve considerar as implicações da doença, não apenas para a pessoa, mas também para os seus familiares, pois o impacto desta, afecta consideravelmente, os membros da família. O profissional de saúde tem que confiar na família como prestadora de cuidados ao membro da família que se encontra doente. Contudo, é necessário que esta sinta

o apoio e a parceria do referido profissional, pois esta também sente receio e possui dúvidas quanto aos cuidados a ter em relação ao familiar doente e as suas reações inesperadas (LIMA, 2003).

O apoio e os ensinamentos fornecidos à família e ao utente, não devem ser descurados, pois conforme refere DELISA (2002), o treino para as AVD's faz-se no hospital ou centros de reabilitação e, mais recentemente, reconheceu-se como importante o uso de aparelhos adaptáveis e o treino de habilidades domésticas. Este treino pode levar a um bom desempenho nesse local de aprendizagem, mas por influência de fatores ambientais e psicológicos, esse mesmo desempenho pode ser menos eficiente, quando aplicado noutra local como o domicílio do utente.

O desenvolvimento das capacidades do indivíduo para realizar tarefas de cuidado pessoal e doméstico é de fundamental importância para o seu bem-estar psicológico, social e financeiro, com evidentes repercussões na família e sociedade. Está provado que o treino das pessoas com limitações funcionais após AVC, relativamente às suas atividades de vida diária, é mais eficiente quando efetuado nas condições reais da sua habitação (DELISA, 2002).

A eficiência de um treino personalizado depende da adequação à estrutura física do domicílio, cujas barreiras ou condicionantes terão de ser eliminadas ou minimizadas, ou nessa impossibilidade, às quais, o utente será instruído sobre como melhor se adaptar. As modificações físicas no seu espaço de vida podem aumentar de modo significativo a independência funcional nas AVD's. O aconselhamento de produtos de apoio é importante, para a sua mais correta adequação às necessidades e à capacidade económica dos utentes, podendo inclusivamente sugerir soluções improvisadas e mais acessíveis que sirvam os objetivos pretendidos (DELISA, 2002).

Os produtos de apoio (anteriormente designados de ajudas técnicas), é qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação (DECRETO LEI Nº 93/2009).

Os produtos de apoio destinam-se às pessoas com deficiência ou incapacidade, aos idosos ou, aos que de forma temporária ou definitiva que necessitam de as utilizar. São meios indispensáveis para a funcionalidade e integração das pessoas com incapacidade ou deficiência. A equipa de técnicos com saberes transversais das várias áreas de intervenção em reabilitação, incluindo o enfermeiro, deve proceder à identificação dos produtos de apoio, por forma, que seja a mais adequada à situação concreta, no contexto de vida da pessoa (DECRETO LEI Nº 93/2009).

Estes produtos, não dizem respeito apenas aos dispositivos de alta tecnologia, mas também a utensílios simples e muitas vezes criativos, para facilitar certas atividades quotidianas como vestir-se, comer, tratar da higiene pessoal, etc. Não se podem sobrevalorizar as tecnologias avançadas, mas provavelmente muitos dos problemas práticos quotidianos podem ser resolvidos com este tipo de produtos e com as devidas intervenções em matéria de prevenção e de eliminação de barreiras arquitetónicas (CRUZ, 2000).

De acordo com CRUZ (2000), o programa de reabilitação para a recuperação de autonomia do indivíduo na marcha poderá incluir aumento da capacidade funcional e utilização de diversos produtos de apoio.

Também a alimentação, é uma necessidade de primordial importância na manutenção da saúde de um indivíduo. Em certas situações a capacidade do indivíduo para realizar esta atividade de vida diária (AVD) está comprometida por dificuldade, incapacidade ou deficiência, colocando em risco a sua saúde física, psicológica, emocional e social (CRUZ, 2000).

Em algumas situações patológicas, nomeadamente após AVC, podem surgir dificuldades ou mesmo incapacidade na função de “preensão”, tornando-se necessário adotar medidas para facilitar a toma de alimentos ou líquidos durante as refeições. A avaliação da necessidade de produtos de apoio para a alimentação deve ser feita por uma Equipa de Reabilitação especializada, que terá em consideração a situação do próprio indivíduo, as características dos produtos de apoio e o meio ambiente onde se realiza a atividade (CRUZ, 2000).

Existem no mercado diversos produtos simples e concebidos para certos “handicaps”, como por exemplo: o copo/chávena com asas ou com base reforçada, os talheres com cabo grosso, talheres em ângulo, pratos com rebordo reforçado, garfos-faca, almofadas anti-derrapantes, dispositivos para abertura de cápsulas, entre outros. As diferentes adaptações deverão ser propostas respeitando ao máximo os hábitos de vida, a fim de se enquadrarem o melhor possível na sua vida diária (CRUZ, 2000).

O vestuário sempre constituiu um recurso adaptativo a necessidades ambientais e sociais. O modo de vestir é um dos meios usados para um indivíduo exprimir os seus valores pessoais, constituindo uma forma de comunicação não verbal. O vestuário reflete, não só uma parte da filosofia de um indivíduo, mas também, os seus hábitos de vida. Estar bem vestido e arranjado, proporciona segurança e auto-confiança (CRUZ, 2001).

Neste contexto, a capacidade de um indivíduo de se vestir e despir, assim como manter os seus hábitos, desempenha um papel primordial na manutenção do bem-estar físico e psicológico dos indivíduos. Realizar esta AVD, exige capacidades neuro-musculares que podem estar alteradas. Algumas dificuldades relacionadas com esta AVD podem ser minimizadas com o uso e treino de determinadas técnicas, com a adaptação e a modificação das próprias peças de roupa e com a utilização de produtos de apoio específicos (CRUZ, 2001).

3.2 - PROTOCOLO DE PESQUISA

Visando reter o conhecimento atual existente sobre o impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação face ao idoso em situação de AVC e de que forma a sua intervenção influencia a qualidade de vida, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura.

Uma revisão sistemática da literatura consiste em realizar um exame crítico a um conjunto de publicações pertinentes, sendo possível desta forma integrar informações válidas

num conjunto de estudos já realizados, nos quais se pode comparar divergências e semelhanças e assim refletir sobre os mesmos (FORTIN, 2009).

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 conseqüente contexto de análise.

Na definição da pergunta PI[C]O englobou-se então a questão da implementação do treino das atividades de vida diária no programa de reabilitação, procurando-se compreender a sua eficácia ao nível da independência funcional como sinónimo de qualidade de vida, contextualizada na situação da pessoa idosa com AVC.

Traduziram-se estes aspetos então na seguinte questão: **A intervenção do enfermeiro de reabilitação ao nível do treino de AVD's (I) aplicada à pessoa idosa em situação de AVC (P), melhora a sua qualidade de vida (O)?**

O objetivo desta pesquisa é analisar, qual o caminho adequado para a prática da enfermagem de reabilitação de acordo com as evidências encontradas e qual o seu contributo nesta área.

Esta questão de investigação funcionará como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática da literatura (quadro 1).

Quadro 1 – Critérios para a formulação da questão de investigação

<u>P</u>	<u>I</u>	<u>C</u>	<u>O</u>
<u>Participantes</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Comparações</u>	<u>Outcomes</u>
Quem foi estudado?	O que foi feito?	Podem existir ou não?	Resultados/Efeitos ou Consequências
A Pessoa idosa em situação de Acidente Vascular Cerebral	Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Treino de AVD's		Permitir melhorar a qualidade de vida

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: Enfermeiro de reabilitação, treino, atividades de vida diária, acidente vascular cerebral, idoso e qualidade de vida.

Os termos apurados, no contexto desta metodologia, devem ser os orientadores da seleção dos artigos, os conceitos considerados menos específicos como treino e idoso são ponderados nos critérios de inclusão/ exclusão (quadro 2), e servirão mais tarde para a seleção final dos artigos de interesse à resposta global. Os termos mais específicos constituíram o conjunto dos descritores, designadamente: enfermeiro de reabilitação, atividades de vida diária, acidente vascular cerebral, e qualidade de vida.

Quadro 2 - Critérios de inclusão/ exclusão para seleção dos artigos para pesquisa

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Artigos de enfermagem, publicados entre 2009 e 2011 (inclusive).	Artigos publicados antes de 2009 (não inclusive).
Artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos de ambos os sexos, afetados por sequelas de AVC.	Artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos com outros tipos de afecção, que não do foro neurológico.
Artigos publicados que abordem programas de reabilitação que incluem o ensino e treino de AVD's e analisam a qualidade de vida no domínio da independência funcional.	Artigos publicados que não abordem o ensino e treino de atividades de vida diária e que não analisam a qualidade de vida no domínio da independência funcional.
Artigos de enfermagem publicados que mencionem revisões sistemáticas da literatura, estudos qualitativos ou quantitativos e estudos de caso.	Artigos de enfermagem publicados que mencionem outros tipos de estudos.
Artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos com idade superior a 65 anos.	Artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos com idade inferior a 65 anos.

Os termos descritores, foram submetidos a validação em locais de avaliação apropriados, 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.

Após validação das palavras-chave pela plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) Browser em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, (em locais de avaliação dos descritores) obteve-se como descritores correspondentes:

- ✓ **Nursing Rehabilitation** - (Enfermeiro de Reabilitação),
- ✓ **Stroke** - (Acidente Vascular Cerebral),
- ✓ **Activities of daily living** - (Atividades de vida diária),
- ✓ **Quality of life** - (Qualidade de vida).

Para se reunir a literatura relevante e de interesse para esta investigação, procedeu-se a uma consulta nas bases de dados informatizadas, tendo-se selecionado a CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text, através da EBSCOhost Web em <http://search.ebscohost.com/>. Definiram-se na pesquisa apenas artigos disponíveis em texto integral e publicados nos últimos três anos. Iniciou-se o cruzamento dos descritores, cujos resultados estão discriminados em tabela anexa (anexo VII).

Procedeu-se nesta fase, à leitura dos títulos e resumos (abstract) dos 44 artigos encontrados, após esta leitura tomou-se em consideração os critérios de inclusão/ exclusão resultando numa pré-seleção de 10 artigos, os quais analisavam com maior rigor as intervenções de enfermagem no treino das AVD's. Da leitura integral do conteúdo dos referidos

documentos, apuraram-se 3 artigos finais a analisar, escolhendo-se os mais recentes e de maior grau de evidência.

Após leitura dos artigos selecionados, procedeu-se à sua análise, construindo para tal, as respetivas tabelas de análise (anexos VIII) e enquadrando-as nas fontes consultadas. Uma vez que todos os artigos se encontravam em língua inglesa, as tabelas foram transcritas para português, de forma a facilitar a sua leitura e análise.

3.3 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Da análise dos artigos selecionados, compreende-se que, no estudo que avalia o efeito sobre a qualidade de vida, do “treino orientado de várias tarefas” de enfermagem de reabilitação (marcha, mobilizações e atividades de vida diária), implementadas na pessoa idosa que sofreu AVC, demonstrou que o treino nas tarefas da vida diária tem benefícios na função física, proporcionando maior independência funcional. As intervenções eficazes de relevância para a enfermagem foram: treino no uso de objetos domésticos, treino em sentar-se e colocar-se de pé, deambulação, exercícios de mobilidade do membro hemiplégico e treino de prática mental. Também concluíram que a prática ativa de tarefas orientadas, leva a melhorias com resultados positivos na função motora e na qualidade de vida em geral (MARIJKE et al., 2009, <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/Pdfviewer/Pdfviewer?vid=9&hid=25&sid=48247000-9921-4144-be0ce2d0fe2c5dde%40sessionmgr11>>).

O segundo artigo consultado, um estudo randomizado controlado, em que participaram 487 idosos residentes em lares (incluindo o grupo de controlo) com sequelas de AVC. Este estudo testou a eficácia de intervenções de enfermagem de reabilitação, ao nível da função motora, força muscular e treino de AVD's, baseadas na motivação para o autocuidado.

Os resultados do estudo indicaram que a mobilidade e equilíbrio melhoram no grupo submetido ao tratamento, face ao grupo de controlo. O grupo de estudo, apresentou menos declínio na marcha, melhoria da força muscular, menos contraturas, melhoria nas habilidades para as AVD's e qualidade de vida. Concluíram, que aumentar a atividade física pode ter um maior benefício global, em termos de humor e independência funcional motora. Melhorar a habilidade para a função, irá posteriormente, melhorar a qualidade de vida, embora seja provável, que fatores além da função tenham um efeito maior (fatores afetivos) sobre a qualidade de vida em residentes de lares (RESNICK et al., 2009, <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/Pdfviewer/Pdfviewer?vid=9&hid=25&sid=48247000-9921-4144-be0ce2d0fe2c5dde%40sessionmgr11>>).

O terceiro artigo analisa as intervenções de enfermagem de reabilitação (intervenções dirigidas para a deficiência da vida diária de rotina, por exemplo, andar, comer e vestir; força muscular, flexibilidade, equilíbrio, a condição física geral, humor e estado cognitivo) com vista a melhorar a função física entre os idosos que necessitam de cuidados de longa duração, apresentando sequelas neurológicas após AVC, ou limitações funcionais, devido ao envelhecimento.

Neste estudo, verificou-se que as intervenções de reabilitação implementadas, tiveram um efeito benéfico sobre a saúde dos seus participantes (estado físico, mental e cognitivo). No entanto, os participantes com maior fragilidade cognitiva e visual não apresentaram melhorias significativas no autocuidado, sugerindo que os participantes mais frágeis podem beneficiar de intervenções individualizadas. Também se verificou a melhoria nas habilidades para as atividades de vida diária, tais mudanças, inevitavelmente, aumentam a qualidade de vida, com todos os benefícios que acarretam (FORSTER et al., 2009, <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=15&sid=75492a55-7538-4956-a408-b04998c44d38%40sessionmgr14>>).

Todos os artigos abordam, de forma relevante, várias intervenções de enfermagem para o treino das AVD's, as quais proporcionam maior independência funcional, destacando-se algumas, nomeadamente: andar; comer; vestir; força muscular; flexibilidade; equilíbrio e treino no uso de objetos domésticos. Estas intervenções reforçam as afirmações de CRUZ (2001), ao referir que algumas dificuldades relacionadas com as AVD's podem ser minimizadas com o uso e treino de determinadas técnicas, utilizadas para a marcha, alimentação, vestuário e higiene, com a adaptação e a modificação das próprias peças domésticas ou com a utilização de produtos de apoio específicos.

A este propósito, o regulamento que define o “perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação”, preconiza que o enfermeiro de reabilitação deve realizar “treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)”, e que estes programas de treino, tenham um enfoque na “reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.”, visando “a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (REGULAMENTO N.º 125/2011, p.8659).

Parece importante, ainda, salientar uma outra evidência científica, que emerge desta revisão: o facto de, os idosos com um maior deficit cognitivo e visual não apresentarem melhorias significativas no autocuidado após terem sido submetidos a programas de treino de AVD's. FONSECA (2005), procura justificar esta evidência ao referir que o envelhecimento actua sobre os órgãos dos sentidos, o sistema nervoso e algumas funções cognitivas como a memória, interferindo ou constituir uma barreira para a aprendizagem, devendo os profissionais de saúde identificar essas dificuldades e estabelecer estratégias de ensino alternativas para cada caso. Sugerindo que estes indivíduos poderiam beneficiar de intervenções individualizadas.

De acordo com DELISA (2002), a eficiência destas intervenções individualizadas (treino personalizado) depende da adequação à estrutura física do domicílio, cujas barreiras ou condicionantes terão de ser eliminadas ou minimizadas, no sentido de existir uma melhor adaptação. Estas modificações físicas podem aumentar de modo significativo a independência funcional nas AVD's.

Relativamente ao assunto referido, partilhamos da opinião de FONSECA (2005), quando refere que os profissionais que intervêm em contextos sociais e de saúde devem implementar

estratégias continuadas, como meio para garantir a manutenção dos papéis e conseqüentemente, o seu bem-estar e qualidade de vida, o que exige um esforço intencional e concertado por parte dos profissionais de saúde.

Verificou-se também na análise destes estudos, que melhorar a habilidade para a função da pessoa idosa em situação de AVC, leva a benefícios gerais no humor e independência funcional, traduzindo-se posteriormente, na melhoria da qualidade de vida, o que por sua vez, ainda mais justifica a prestação das intervenções do enfermeiro de reabilitação no âmbito do treino de AVD's.

Estes estudos vão de encontro aos pressupostos de OREM (1995), relacionados com incentivo para o autocuidado através, principalmente, das atividades educativas e treino de AVD's, adequados no objetivo principal da reabilitação que é o alcance da independência, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos pacientes com limitações físicas.

Em síntese, através da análise dos resultados, pode afirmar-se que o ensino e treino para as atividades de vida diária, têm uma influência significativa e positiva nas pessoas idosas que usufruíram destes cuidados.

Quanto às escalas utilizadas nestes estudos para quantificar os atributos e défices existentes na pessoa em situação de AVC, demonstrou-se a sua importância na avaliação dos ganhos em saúde, relativamente à qualidade de vida e independência funcional. BOTELHO (2005) evidencia que a prática da avaliação da funcionalidade, no acompanhamento dos idosos, pode permitir a uniformização do conceito de autonomia, a pesquisa, correção de fatores de dependência e promoção de fatores de independência.

Os resultados obtidos nesta pesquisa, parecem ir ao encontro dos principais objetivos das intervenções de enfermagem em reabilitação, que preconizam a obtenção de ganhos em saúde sensíveis a uma maior autonomia nas AVD; maior independência funcional, maior satisfação e conseqüentemente melhor a qualidade de vida do cliente (OE, 2009).

Relativamente às implicações para a prática de enfermagem de reabilitação, destaca-se a identificação dos handicaps do idoso em situação de AVC e do grau de défice cognitivo apresentado, intervenções de enfermagem com programas de treino individualizados e utilização de escalas de avaliação funcional, propondo-se desta forma a avaliação da qualidade de vida e independência funcional.

Finalmente, quanto à questão PI[C]O, que serve de orientação a esta análise e perante todos os aspetos anteriormente referidos, pode afirmar-se que a intervenção do enfermeiro de reabilitação ao nível do treino de atividades de vida diária, aplicado à pessoa idosa em situação de AVC, melhora a sua qualidade de vida.

Neste sentido, perante a informação adquirida na revisão sistemática da literatura efetuada (que foi de encontro a um interesse pessoal), não esquecer os seus contributos e divulgar e aplicar os resultados, à prática diária, adequando a clínica à evidência verificada.

4 - CONCLUSÃO

No âmbito do ensino clínico, os estágios constituem-se como etapas insubstituíveis para a formação dos enfermeiros especialistas em reabilitação. Na base deste relatório está a noção de que a formação em enfermagem deve estimular o envolvimento entre uma prática clínica quotidiana, uma preocupação de análise crítica e metodológica da realidade e um desejo de evolução na efetiva prática dos cuidados.

Perante a análise reflexiva sobre o Estágio II, pode-se concluir, que este permitiu o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de reabilitação, especialmente nos cuidados diferenciados e personalizados à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica como era meu objetivo inicial.

Com a realização deste estágio percebe-se que a essência da aprendizagem é o significado que atribuímos às nossas motivações, à forma como as encaminhamos e agimos.

Este estágio traduziu-se num processo gratificante, que levou ao crescimento e desenvolvimento tanto ao nível pessoal como no desempenho para o futuro, aumentando o grau de conhecimento e confiança na execução de técnicas e procedimentos específicos de enfermagem, bem como o meu desempenho e dedicação pessoal no desenvolvimento de competências técnicas especializadas e relacionais capazes de dar resposta às necessidades em reabilitação da pessoa/família de uma forma holística.

O estágio proporcionou a oportunidade de participar ativamente na dinâmica organizacional dos serviços, como gestora de cuidados, assumindo o papel de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; prestei cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neurológicas e neuro-traumatológicas desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à sua máxima autonomia, independência e reinserção social; participar na formação e aprofundei conhecimentos técnicos/científicos específicos para o contexto.

Numa retrospectiva acerca deste percurso, ficou implícito, uma aprendizagem concreta e orientada para os problemas reais do contexto de trabalho, sendo também motivadora, ativa e variada, pela descoberta de novas experiências e saberes e pela diversificação de estratégias implementadas.

A aprendizagem processou-se de uma forma gradual e positiva e perante a aquisição das novas competências na área de enfermagem de reabilitação, pretende-se o incentivo aos enfermeiros do serviço de Medicina onde desempenha funções, no sentido de melhorar as práticas principalmente à pessoa/família com alterações neurológicas.

Parece importante desmistificar e incentivar uma permanente formação ao longo da vida, criando uma sólida e tranquila ponte entre a prática de cuidados e a sua análise reflexiva, a ponte inevitável e imprescindível entre as estruturas formadoras formais e estruturas prestadoras de serviços de saúde.

Este relatório, para além de analisar as competências de enfermagem de reabilitação adquiridas no decorrer do Estágio II, também recorreu à revisão sistemática da literatura no sentido de enquadrar a prática clínica baseada na evidência, a qual envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, visando assim a identificação do conhecimento mais atualizado.

Relativamente à problemática em questão, verificou-se a importância das intervenções do enfermeiro de reabilitação, pois ficou evidente que capacitar o idoso em situação de AVC para as actividades de vida diária melhora a sua independência funcional e consequentemente a sua qualidade de vida.

Quando os enfermeiros de reabilitação baseiam a sua prática nas descobertas fidedignas da investigação teórica e de resultados, estão melhor preparados para a articulação clara dos seus papéis, a defesa dos utentes, a coordenação e a gestão dos cuidados em múltiplos contextos e a participação como membros de equipas de profissionais de saúde interdisciplinares.

Considera-se, que os objetivos definidos para este relatório foram atingidos com sucesso, na medida em que, se identificou e analisou as competências de enfermagem de reabilitação adquiridas no decorrer do estágio, bem como o aprofundar de conhecimentos científicos ao nível da prática clínica, com o recurso à revisão sistemática da literatura, contribuindo essencialmente para a realização profissional e pessoal,

Contudo, não deixo de ter alguns sentimentos de constrangimento, quando sinto que poderia ter feito ainda mais e melhor, relativamente ao estágio, o factor “tempo” foi um pouco limitador, bem como algumas dificuldades sentidas relativamente à revisão sistemática, na tradução dos artigos de língua inglesa. Porém tenho consciência que na prática nem sempre se consegue implementar todos os nossos objetivos, mas apesar de tudo, o balanço foi bastante positivo.

A visibilidade da profissão deve ser construída e fundamentada através da aquisição de competências e de conhecimentos científicos atualizados. Na tentativa de contribuir para o desenvolvimento da profissão, gostaria de deixar algumas sugestões com vista à melhoria da prática dos cuidados.

Assim, e relativamente à área da prestação de cuidados, sugiro a necessidade dos enfermeiros de reabilitação utilizarem na sua prática diária, escalas de avaliação funcional, sendo fundamental quantificar os atributos e défices importantes, funcionais e psicossociais, para que se consiga um plano racional de cuidados e de avaliação dos mesmos, bem como de utilização de recursos.

Relativamente à área da formação, a enfermagem deve basear-se em estudos científicos, reconhecidos internacionalmente, os quais dêem visibilidade às práticas.

Finalmente, a última sugestão, recai na área da investigação, na qual se deve investir mais, principalmente em áreas susceptíveis das intervenções de enfermagem de reabilitação, com o sentido de divulgar e publicar os resultados, tanto em bases de dados científicos (eletrónicas), como em congressos, jornadas, revistas ou formação em serviço, de modo a contribuir para a melhoria das práticas.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, N. - Assistência Domiciliar a Saúde (Home Health Care): Sua história e sua relevância para o Sistema de Saúde Actual. **Revista Neurociências**, vol.9, no3, (2001) p.111-117.
- AUGUSTO, B.; CARVALHO, R. (2002). **Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar**. Coimbra: Formasau, 1ª ed.
- BOTELHO, A. [et al.] (2005). A funcionalidade dos idosos, In: **Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: Climepsi Editores, p. 112-135.
- BRUNNER; SUDDARTH'S. (2002). **Textbook of Medical-Surgical Nursing**, by Smeltzer, 9th Edition, p. 147-222.
- CALVERT, MJ; SKELTON, JR. The need for education on health related-quality of life. **BMC Medical Education**, 8 (2), Janeiro, (2008) p. 34-38.
- CARRILHO, M. J. (2002). **Os riscos de declínio demográfico, o envelhecimento das populações europeias e a emigração**. Conferência/Debate - Centro Cultural de Belém. Edição Internet.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE/INCP) (2006). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- CRUZ, A. - Ajudas Técnicas. **Revista Sinais Vitais**. ISSN: 0873-8844. Julho, nº 31 (2000) p. 23-24.
- CRUZ, A. - Ajudas Técnicas para a Marcha. **Revista Sinais Vitais**. ISSN: 0873-8844. Setembro nº 32 (2000) p. 17-18.
- CRUZ, A. - Ajudas Técnicas para a Alimentação, **Revista Sinais Vitais**. ISSN: 0872-9853. Novembro, nº33 (2000) p.19-20.
- CRUZ, A. Vestuário, Adaptações e Ajudas Técnicas, **Revista Sinais Vitais**. ISSN: 0872-9853. Janeiro, nº34 (2001) p.19-20.
- DECRETO-LEI nº 93/2009. "DR I Serie". 74 (2009-04-16) p. 2275-2277.
- DE LAUNE, S e LADNER, P (2002). **Fundamentals of Nursing: Standards and Practice**. 2ª Edição, Delmar/Thompson Learning, Estados Unidos.
- DELISA, J. Gans, B. (2002) - **Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática**. 3ª edição. S. Paulo: Editora Manole.
- FONSECA, A.M. (2005). **Desenvolvimento Humano e Envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores.
- FORSTER, A.; LAMBLEY, R.; HARDY, J.; YOUNG, J.; SMITH, J.; GREEN, J.; BURNS, E. - Rehabilitation for older people in long-term care (Review). **Journal of Clinical Nursing**. [Em linha] Nº42 (2011) [Consult. a 2011.11.10] Disponível em WWW: <URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=15&sid=75492a55-7538-4956-a408-b04998c44d38%40sessionmgr14>.

- FORTIN, Maria Fabien (2009). **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures:Lusodidacta
- FORTIN, Maria Fabien (2003). **O processo de investigação: da concepção à realização**. (3ª edição) Loures: Lusociência
- FOSTER P.C. [et al.] - Os fundamentos para a prática profissional, In: **Teoria de Enfermagem**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; (2000) p.83-101.
- GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, N.O. – A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. ISSN: 0102-6933. 26:3 (2005) p.293-301.
- GONÇALVES T. O., GONÇALVES T. V. O. (2004) - Reflexões sobre uma prática docente situada: buscando novas perspectivas para a formação de professores. In: **Cartografias do Trabalho Docente**. Campinas: Mercado de Letras.
- GOUVEIA M, BORGES M, COSTA J, CARNEIRO A. - Carga da doença atribuível a hipercolesterolemia em Portugal. **Revista Portuguesa Cardiologia**. 23 (2), (2004), p.255 - 270.
- GUERRA, M. F.L. Araújo - O cuidar fundamentado em Orem. **Nursing**. Jun (2002) p.24-28.
- HESBEEN, Walter (2003). **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência, ISBN: 972- 8383-43-6. p. 65-72.
- HOEMAN, Shirley P. (2011). **Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados**. 4ª ed., Loures: Lusodidacta.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE, 2002). **O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica sócio-económica recente das pessoas idosas**. Documento preparado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População.
- JOHNSTONE, Margaret (1979). **Restauração da função motora no paciente hemiplégico**. São Paulo: Manole. P. 208.
- KELLY-HAYES, Margaret (2000) – Avaliação funcional. In: **Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação**. 2ªed. Lisboa: Lusociência. XXXI, p.161-172.
- KENNETH, A.(2009). **Fundamentos de Terapia Respiratória**. São Paulo: Elsevier, p.1234.
- KIRBY, R.L. (2002) - Deficiência, Incapacidade e Desvantagem. In: **Tratado de Medicina de Reabilitação, Princípios e Prática**. S. Paulo: Editora Manole.
- LIMA, C.- **A mulher acometida de acidente vascular cerebral – Cuidados de enfermagem no processo de reabilitação**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceara, 2003. 88 f. Tese de Mestrado.
- MARIJKE, R.; MARIEKE, S.; ELINE, L.; THORA, H. - Task oriented training in nursing care of patients with stroke: a systematic review. **Journal of Advanced Nursing**. [Em linha] N°65 (2009) [Consult. a 2011.11.09] Disponível em WWW: <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=25&sid=48247000-9921-4144-be0ce2d0fe2c5dde%40sessionmgr11>>

- MARTINS, M. (2002). Uma Crise Acidental na Família – **O doente com AVC**. Coimbra: Formasau.
- MeSH Browser [Em linha] [Consultado a 2011.08.23] Disponível em WWW: <URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.
- NEAL, L.J. (2001) - **Using rehabilitation theory to teach medical-surgical nursing to undergraduate students**. Rehabil Nurs., 26 (2). P.72-77.
- NETO, Alcindo (2002). **Acidente vascular cerebral**. [Em linha] [consult. 2011-06-18] Disponível em WWW: <URL:<http://medstudentes.com.br/neuro/neuro8.htm>.
- NOGUEIRA, J. N. A; HENRIQUES, I. L; GOMES, A. F. LEITÃO, A. L. (2007). **Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais**. Unidade de Missão Para os Cuidados Continuados Integrados.
- OREM, D. E. (1995) – **Concepts of practice**. Nursing. 5. ed. Philadelphia: Mosby. P.478.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual**. Lisboa: Autor.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004). **Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, p. 70-75.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003). **Promovendo qualidade de vida após AVC**; Um guia para Fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Artmed.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). Saúde 21 – **Saúde para todos no Século XXI, uma introdução**. Loures: Lusociência.
- PAIS-RIBEIRO, J.L. (2005). **Introdução à Psicologia da saúde**. Coimbra: Quarteto.
- PORTUGAL. Direcção Geral dos Hospitais – **Organização dos serviços – enfermeiros especializados em enfermagem de reabilitação** – Circular Normativa nº5/90. 1990).
- RABELO, D F; CARDOSO, C M. (2007). **Auto-eficácia, doenças crónicas e incapacidade funcional na velhice**. PsicoUSF. vol.12, nº.1, p.75-81.
- REGULAMENTO nº 122/2011. “DR II Serie”. 35 (2011-02-18) 8649.
- REGULAMENTO nº 125/2011. “DR II Serie”. 35 (2011-02-18) 8658.
- RESNICK, B.; GRUBER, B. AL; ZIMMERMAN, S.; GALIK, E; PRETZER, A.; RUSS, K; HEBEL, JR. - Nursing Home Resident Outcomes from the Res-Care Intervention. **Journal of the American Geriatrics Society**. [Em linha] Nº57 (2009) [Consult. a 2011.11.09] Disponível em WWW: <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=11&sid=48247000-9921-4144-be0c-e2d0fe2c5dde%40sessionmgr11>.
- RODRIGUES, B. E.; ALVAREZ, E. D.; CORTÉS, O. P., (2001). **Cuidadores Informales: Necesidades y Ayudas**. Rol, (24) 3, p.183-189.
- SÁ-CHAVES, I. (2000). Portfólios Reflexivos. **Estratégia de Formação e de Supervisão**. Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores, Aveiro: Universidade de Aveiro.

- SEIDL, E.M.F.; ZANON, C.M.L.C. (2004). **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. CAD. Saúde Pública; 20(2) p.588-598.
- SHYU, Y. M. C.; HSIAO, L. (2004). **Caregiver`s needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan**. Social science & medicine. 58(7): p.1395-1403 [Consult a 2011.07.20] Disponível em WWW: <URL:<http://web.ebsco host.com/>.
- SILVA, A.A.M. – Prática Baseada na Evidência: Investindo na Qualidade em Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. ISSN: 0872-8844. Julho, n.º 79 (2008) p.37-43.
- SMELTZER, S.C.; BARE B.G.; BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. (2005). **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico**. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): **Position paper from the World Health Organization**. Soc. Sci. Med., 41 (10), (1995) p.1403-9.

ANEXOS

ANEXO I - Projecto de Estágio II – Contexto opcional



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

**PROJECTO DE ESTÁGIO II
CONTEXTO OPCIONAL**

**SERVIÇO DE URGÊNCIA/CIRURGIA
CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE
ALCOBAÇA**

PAULA MENDONÇA

2010



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular: Ensino Clínico/Estágio II

OPCIONAL

PROJECTO DE ESTÁGIO II

SERVIÇO DE URGÊNCIA/CIRURGIA

CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE

ALCOBAÇA

Autora: Paula Mendonça (nº 090430002)

Orientador: Srº Profº José Lourenço

Cooperante: Srª Enfª Especialista Sónia Penas

Santarém, Novembro 2010

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1 – PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER	5
2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

INTRODUÇÃO

No âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foi-nos proposto a elaboração de um projecto individual de estágio possibilitando-nos deste modo, aprender em liberdade de acordo com a realidade.

Este guia orientador, será aplicado e desenvolvido ao longo de 4 semanas de prática clínica em Enfermagem de Reabilitação, compreendidas entre o dia 1 a 27 de Novembro de 2010 no serviço de Urgência e Cirurgia do Centro Hospitalar Oeste Norte (Unidade de Alcobaça).

Neste Estágio Opcional pretende-se que os formandos adquiram competências nos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, em diferentes contextos, em diferentes situações de saúde e/ou de risco, sob orientação e supervisão de um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação que participe na prestação de cuidados especializados.

Este projecto emerge de um desejo e de uma oportunidade de aprofundar conhecimentos e práticas em enfermagem de reabilitação na pessoa com alterações cardio-respiratórias e neurológicas (traumáticas e não traumáticas).

Apesar, do vasto leque de opções, no que diz respeito à oferta de campos de estágio, a minha escolha recaiu nestes dois serviços, pois permite-me desenvolver competências em enfermagem de reabilitação num contexto diferente do que me é habitual.

Neste contexto, o enfermeiro de reabilitação planeia as suas intervenções de modo sistematizado e contínuo, com um início mais precoce possível, prevenindo a perda da função e promovendo a independência funcional do paciente.

Dada a complexidade, organização e dinâmica particular destes serviços, este projecto será alvo de mudanças e reestruturações, a nível de competências específicas que pretenda alcançar, e/ou a nível de estratégias, por mim anteriormente delineadas, para este 2º bloco.

É importante mencionar, que defendo um projecto de aprendizagem, como algo que não é único, absoluto, estático ou definitivo, à semelhança da nossa própria postura perante a vida. Acredito, que perante novas etapas, novos obstáculos, novos objectivos,

novas mudanças, tenhamos que ajustar e encaminhar o nosso eu, para novas vertentes que façam mais sentido.

A prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação num serviço de urgência (SO) e cirurgia é um processo dinâmico que coloca o doente e família no centro do processo terapêutico com a finalidade de ajudá-los a minimizar o sofrimento, diminuir o tempo de internamento e atingir o melhor nível de autonomia.

Este projecto transmite a expressão de uma reflexão pessoal baseada na pesquisa efectuada e em conhecimentos adquiridos ao longo deste curso. Representa, também, um veículo que pretende transmitir uma intenção de aprendizagem que decorrerá através da parte prática do curso. Este processo de autoformação está orientado para as actividades a promover e a desenvolver, tendo em conta os objectivos que se pretendem atingir.

Pretende-se com este trabalho:

- Expor estratégias e planear actividades que permitam a concretização de capacidades/competências;
- Projectar as diversas etapas do ensino clínico de forma reflectida e organizada;
- Servir de instrumento orientador e de análise, para realizar no final do estágio, um relatório crítico sobre a aprendizagem, e respectivas evoluções profissionais e pessoais.

Relativamente à estruturação deste trabalho, define objectivos gerais do curso e objectivos específicos. È também aqui representado, através de uma tabela as actividades que se pretendem por em prática, de acordo com as competências do enfermeiro de reabilitação de forma a atingir os objectivos traçados e a data da sua concretização. Por último apresenta-se as considerações finais.

1 – PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

Objectivos gerais:

- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.
- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas transdisciplinares à pessoa/família com alterações cardíaco-respiratórias, visando a sua independência máxima.
- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares /interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.

PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o papel do Enfermeiro Especialista em enfermagem de reabilitação no serviço de Urgência (na unidade SO) e no serviço de Cirurgia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração e articulação na equipa multidisciplinar, assumindo o papel de enfermeiro de reabilitação. ▪ Identificação das funções do enfermeiro de reabilitação na equipa como gestor dos cuidados de enfermagem de reabilitação, assegurando a continuidade dos cuidados pela equipa. ▪ Conhecimento da organização e funcionamento dos serviços, nomeadamente, rotinas, protocolos e programas existentes a nível de cuidados de reabilitação. ▪ Compreender a articulação dos serviços a nível de cuidados de reabilitação com a comunidade. 	<p>A Própria + Enfermeira cooperante + Equipa multidisciplinar</p>	<p>De 1 a 5/11/2010</p>

PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver competências no cuidar em enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de doença neurológica e neuro-traumatológica, designadamente no Acidente Vascular Cerebral e Traumatismo Craneo-encefálico em contexto cirúrgico e de urgência. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das necessidades de cuidados em enfermagem de reabilitação, recorrendo de forma sistemática a instrumentos de avaliação adequados a cada situação clínica. ▪ Consulta de fontes de informação pertinentes, desenvolvendo um processo de avaliação da situação concreta nas componentes pessoais, familiares e cidadania. ▪ Avaliação do potencial de reabilitação da pessoa doente. ▪ Realização de exame neurológico. ▪ Instrução de posicionamentos anti-espásticos. ▪ Realização de mobilizações articulares e exercícios terapêuticos no leito: Ponte; Auto-mobilizações dos membros superiores e inferiores; Rotação do tronco e da anca. ▪ Instrução de treino de equilíbrio sentado, verticalização e treino de equilíbrio de pé. ▪ Execução de transferências do leito para cadeira. 	<p>A Própria + Enfermeira cooperante + Utente/Família</p>	<p>De 1 a 27/11/2010</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Execução de treino de marcha com andarilho e canadianas. ▪ Estimulação da sensibilidade e propriocepção, através da aplicação de tala de Margareth Johnstone. ▪ Utilização dos equipamentos disponíveis e ajudas técnicas facilitadoras. ▪ Despiste de barreiras arquitectónicas existentes no domicílio. ▪ Elaboração de um folheto sobre Afasia dirigido ao utente/família, como estratégia de facilitação à comunicação tendo em vista o regresso a casa. ▪ Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem no âmbito da reeducação funcional motora. 	<p style="text-align: center;">A Própria + Enfermeira cooperante + Utente/Família</p>	<p style="text-align: center;">De 1 a 27/11/2010</p>
--	---	---	--

PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver competências no cuidar em enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro cardio-respiratório, nomeadamente na Insuficiência Cardíaca Congestiva, Derrame Pleural, DPOC, Pneumotorax e Pneumonia, visando a reeducação funcional respiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino da consciencialização da respiração e da dissociação dos tempos respiratórios. ▪ Ensino da respiração diafragmática. ▪ Execução de exercícios de reeducação abdomino-diafragmáticos globais e selectivos. ▪ Execução de exercícios de reeducação costal globais e selectivos. ▪ Execução de exercícios da cintura escapular (aumento da mobilidade articular). ▪ Execução de exercícios do tronco (treino da musculatura 	<p style="text-align: center;">A Própria + Enfermeira Cooperante + Utente/Família</p>	<p style="text-align: center;">De 1 a 27/11/2010</p>

	<p>do tronco).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de correcções posturais. ▪ Ensino de posições que diminuam a sobrecarga muscular. ▪ Colaboração na aplicação de técnicas de Ventilação não Invasiva (BIPAP), quando necessário. ▪ Intervenção na reeducação no esforço. ▪ Instrução na inaloterapia. ▪ Instrução de manobras de expiração forçada (pigarrear, huff, tosse assistida e dirigida) para limpeza das vias aéreas. ▪ Realização de drenagens posturais. ▪ Realização de percussões, compressões e vibrações torácicas. ▪ Avaliação dos resultados das intervenções a nível da reabilitação funcional respiratória. 	<p>A Própria + Enfermeira Cooperante + Utente/Família</p>	<p>De 1 a 27/11/2010</p>
--	---	---	------------------------------

PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos neste contexto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partilha de conhecimentos e técnicas com a enfermeira cooperante no cuidar à pessoa com patologia cardio-respiratória e neurológica. ▪ Utilização da metodologia da questão em formato PICO sempre que exista alguma dúvida sobre algum procedimento ou técnica. ▪ Utilizar as bases de dados científicas disponíveis. ▪ Verificação da pertinência dos artigos escolhidos e o seu grau de evidência. ▪ Partilha desta metodologia com a equipe de enfermagem dos serviços de urgência e cirurgia. ▪ Realização de uma acção de formação sobre Afasias, dirigida aos enfermeiros da instituição hospitalar. 	<p style="text-align: center;">A Própria + Enfermeira Cooperante + Equipa multidisciplinar</p>	<p style="text-align: center;">De 1 a 27/11/2010</p> <p style="text-align: center;">Dia 23/11/2010</p>

PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<ul style="list-style-type: none"> • Reflectir sobre o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências ao longo deste ensino clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de novas situações de aprendizagem. ▪ Análise de cuidados prestados ao longo do ensino clínico. ▪ Realização de relatório de contexto. 	<p align="center">A Própria + Enfermeira cooperante</p>	<p align="center">De 1 a 27/11/2010</p>

2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa e a reflexão inerentes ao processo de projectar constituem um caminho valido de aprendizagem. Neste sentido, acredito e defendo que aprendemos muito mais reflectindo sobre a nossa prática e as nossas vivencias, pois este é o processo que conduz ao percurso mais satisfatório e de maior sinergismo com o que fomos no passado e com o que somos fora do ambiente profissional. Ninguém é somente enfermeiro, ou professor, ou fisioterapeuta, todos somos a adição de várias coisas e, talvez, até um pouco mais.

Posso, assim, inferir que inerente a esta metodologia está o pressuposto de que se aprende com a experiência de vida, já que aprender é estruturar o conhecimento que se adquire e compreende-lo, através da experiência.

Este projecto constitui um guia orientador do ensino clínico, sendo essencial para a consolidação de saberes e para o desenvolvimento de competências, mas é também um projecto dinâmico, pois fica em aberto a possibilidade de ser revisto e mais adequado à realidade que possamos eventualmente encontrar.

Foi elaborado de uma forma sucinta e explícita, de modo que os objectivos sejam os mais realistas possíveis, tentando não correr o risco de se tornarem inatingíveis.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOUTINET, Jean Pierre – **Antropologia do Projecto**,_Lisboa, Instituto Piaget, 1990, ISBN: 972-8329-35-0, p.360

COLLIÉRE, Marie Françoise – **Cuidar... A primeira arte da vida**,_2ª ed., Loures, Lusociência, 2003, ISBN: 972-8383-53-3, p. 440

FERNANDES, Maria Teresa – **Metodologia de Projecto**._Servir, Lisboa, 47 (5), Set/Out., 1999, ISSN p. 233-236

HESBEEN, Walter – **A Reabilitação: Criar novos caminhos**,_ Loures, Lusociência, 2003, ISBN: 972- 8383-43-6, p. 166

HONORÉ, Bernard – **A Saúde em Projecto**,_Loures, Lusociência, 2002, ISBN: 972-8383-31-2, p. 231

HOEMAN, Sirley P. – **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo**, 2ª ed., Lisboa, Lusociência, 2000, ISBN: 972- 8383-13-4, p.787

JOSSO, Marie Chistine – **Experiências de Vida e Formação** , Lisboa, Educa, 2002, ISBN: 972-8036-38-8, p. 216

LEITE, Elvira et al – **Aprender por projectos centrados no problema**. Porto, Edições Afrontamento, 1989

NOLAN, Mike; NOLAN, Janet – **Reabilitação: compreender a potencial contribuição da enfermagem**._Nursing, Lisboa, 11 (126), Out., 1998, ISSN p. 20-23

PINEAU, Gaston – **A Autoformação no decurso da vida: entre a hetero e a ecoformação** in: NÓVOA, António; FINGER, Malhias (org.) – O método (auto) biográfico e a formação. Lisboa: Ministério da Saúde, 1988, s/ISBN, p. 65-77.

ANEXO II - Projecto de Estágio II – Contexto neurologia não traumática



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

PROJECTO DE ESTÁGIO II

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM
LESÃO NEUROLÓGICA NÃO TRAUMÁTICA**



SERVIÇO DE MEDICINA

CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE

ALCOBAÇA

PAULA MENDONÇA

2010



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular: Ensino Clínico/Estágio II

2º Bloco

PROJECTO DE ESTÁGIO II

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO
NEUROLÓGICA NÃO TRAUMÁTICA**

SERVIÇO DE MEDICINA

CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE

ALCOBAÇA

Mestranda: Paula Mendonça (nº 090430002)

Cooperante: Enfº Especialista Victor Lopes

Orientador: Profº José Lourenço

Santarém, Dezembro 2010

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1 – OBJECTIVOS GERAIS DO ENSINO CLÍNICO	5
2 - PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER	6
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

INTRODUÇÃO

No âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foi-nos proposto a elaboração de um projecto individual de estágio possibilitando-nos deste modo, aprender em liberdade de acordo com a realidade.

No Estágio II pretende-se que os formandos adquiram competências nos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, em diferentes contextos, em diferentes situações de saúde e/ou de risco, sob orientação e supervisão de um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação que participe na prestação de cuidados especializados.

A aplicação deste guia orientador, será desenvolvido ao longo de 5 semanas de prática clínica em Enfermagem de Reabilitação, no serviço de Medicina do Centro Hospitalar Oeste Norte (Unidade de Alcobaça).

Este projecto surge como uma oportunidade de aprofundar conhecimentos e práticas em enfermagem de reabilitação na pessoa com alterações neurológicas não traumáticas.

Neste contexto, o enfermeiro de reabilitação planeia as suas intervenções de modo sistematizado e contínuo, com um início mais precoce possível, prevenindo a perda da função e promovendo a independência funcional do paciente.

Devido à dinâmica organizacional e ao contexto deste serviço, este projecto será alvo de mudanças e reestruturações, a nível de competências específicas que pretenda alcançar, e/ou a nível de estratégias, por mim anteriormente delineadas, para este 3º bloco.

Um projecto de aprendizagem é algo que não é definitivo, único, absoluto, ou estático, à semelhança da nossa própria postura perante a vida.

A prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação num serviço de medicina é um processo dinâmico que coloca o doente e família no centro do processo terapêutico com a finalidade de ajudá-los a minimizar o sofrimento, diminuir o tempo de internamento e atingir o melhor nível de autonomia.

Este projecto representa um veículo que pretende transmitir uma intenção de aprendizagem que decorrerá através da parte prática do curso. Transmite a expressão de uma reflexão pessoal baseada na pesquisa efectuada e em conhecimentos adquiridos ao longo deste curso. Este processo de autoformação está orientado para as actividades a promover e a desenvolver, tendo em conta os objectivos que se pretendem atingir.

Pretende-se com este trabalho:

- Projectar as diversas etapas do ensino clínico de forma reflectida e organizada;
- Planear actividades e expor estratégias que permitam a concretização de capacidades/competências;
- Servir de instrumento orientador e de análise, para realizar no final do estágio, um relatório reflexivo e crítico sobre a aprendizagem, e respectivas evoluções profissionais e pessoais.

Relativamente à estruturação deste trabalho, define objectivos gerais do curso e objectivos específicos. É também aqui representado, através de uma tabela as actividades que se pretendem por em prática, de acordo com as competências do enfermeiro de reabilitação de forma a atingir os objectivos traçados e a data da sua concretização. Por último apresenta-se as considerações finais.

1 – OBJECTIVOS GERAIS DO ENSINO CLÍNICO

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares /interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.
- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas transdisciplinares à pessoa/família com alterações cárdio-respiratórias, visando a sua independência máxima.

2 - PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrar o papel de Enfermeiro Especialista em enfermagem de reabilitação na dinâmica organizacional do serviço de Medicina como gestor de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento da organização e funcionamento dos serviços, nomeadamente, rotinas, protocolos e programas existentes a nível de cuidados de reabilitação. ▪ Integração e articulação na equipa multidisciplinar, assumindo o papel de enfermeiro de reabilitação. ▪ Identificação das funções do enfermeiro de reabilitação na equipa como gestor dos cuidados de enfermagem de reabilitação, assegurando a continuidade dos cuidados pela equipa. ▪ Compreender a articulação dos serviços a nível de cuidados de reabilitação com a comunidade. 	<p style="text-align: center;">A Mestranda + Enfermeiro cooperante + Equipa multidisciplinar</p>	<p style="text-align: center;">De 6 a 9/12/2010</p>

PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de doença neurológica não traumática, designadamente no Acidente Vascular Cerebral (AVC). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das necessidades de cuidados em enfermagem de reabilitação, recorrendo de forma sistemática a instrumentos de avaliação adequados a cada situação clínica. ▪ Consulta de fontes de informação pertinentes, desenvolvendo um processo de avaliação da situação concreta nas componentes pessoais, familiares e cidadania. ▪ Avaliação do potencial de reabilitação da pessoa doente. ▪ Realização de exame neurológico. ▪ Promoção da facilitação cruzada (abordar a pessoa e 	<p style="text-align: center;">A Mestranda + Enfermeiro cooperante + Utente/Família</p>	<p style="text-align: center;">Ao longo do estágio</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de doença neurológica não traumática, designadamente no Acidente Vascular Cerebral. 	<p>colocar a mesa de cabeceira no lado hemiplégico).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrução de posicionamentos anti-espásticos. ▪ Realização de mobilizações articulares e exercícios terapêuticos no leito: Ponte; Auto-mobilizações dos membros superiores e inferiores; Rolar no leito; Rotação do tronco e da anca. ▪ Instrução de treino de equilíbrio sentado, verticalização e treino de equilíbrio de pé. ▪ Execução de transferências do leito para cadeira. ▪ Execução de treino de marcha com andarilho e tripé. ▪ Estimulação da sensibilidade e propriocepção, através da aplicação de talas de pressão Margareth Johnstone. 	<p>A Mestranda + Enfermeiro cooperante + Utente/Família</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
---	---	---	--------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilização dos equipamentos disponíveis e ajudas técnicas <p>Facilitadoras (pedaleira, tábua de Freeman, etc).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Despiste de barreiras arquitectónicas existentes no domicílio da pessoa com sequelas de AVC, tendo em vista o regresso a casa. ▪ Registo das intervenções de reabilitação efectuadas à pessoa com AVC, tendo em vista a continuidade dos cuidados. ▪ Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem no âmbito da reeducação funcional motora. 	<p>A Mestranda</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Enfermeiro cooperante</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Utente/Família</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
--	---	---	--------------------------------

PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver competências no cuidar em enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório, nomeadamente na Pneumonia, Derrame pleural e DPOC, visando a limpeza da árvore traqueobrônquica e a reeducação funcional respiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino da consciencialização da respiração e da dissociação dos tempos respiratórios. ▪ Ensino da respiração diafragmática. ▪ Instrução na inaloterapia. ▪ Execução de exercícios de reeducação abdomino-diafragmáticos globais e selectivos. ▪ Execução de exercícios de reeducação costal globais e selectivos. ▪ Execução de exercícios da cintura escapular (aumento da mobilidade articular). ▪ Execução de exercícios do tronco (treino da musculatura do tronco). ▪ Realização de correcções posturais e ensino de posturas 	<p style="text-align: center;">A Mestranda + Enfermeiro Cooperante + Utente/Família</p>	<p style="text-align: center;">Ao longo do estágio</p>

	<p>terapêuticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino de posições que diminuam a sobrecarga muscular. ▪ Aplicação de técnicas de Ventilação não Invasiva. ▪ Intervenção na reeducação no esforço. ▪ Instrução de manobras de expiração forçada (pigarrear, huff, tosse assistida e dirigida) para limpeza das vias aéreas. ▪ Realização de drenagens posturais. ▪ Realização de percussões, compressões e vibrações torácicas. ▪ Registo e avaliação dos resultados das intervenções a nível da reabilitação funcional respiratória. 	<p>A Mestranda + Enfermeiro Cooperante + Utente/Família</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
--	--	---	----------------------------

PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar na formação em serviço do CHON-Alcobaça. ▪ Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos neste contexto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma acção de formação sobre “INALOTERAPIA”, dirigida a todos os enfermeiros da instituição hospitalar. ▪ Partilha de conhecimentos e técnicas com o enfermeiro cooperante no cuidar à pessoa com patologia neurológica não traumática e respiratória. ▪ Pesquisa de artigos científicos através da utilização das bases de dados científicas disponíveis. ▪ Verificação da pertinência dos artigos escolhidos e o seu grau de evidência. 	<p style="text-align: center;">A Mestranda</p> <p style="text-align: center;">A Mestranda + Enfermeiro Cooperante + Equipa multidisciplinar</p>	<p style="text-align: center;">Dia 12/01/2011</p> <p style="text-align: center;">Ao longo do estágio</p>

PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<ul style="list-style-type: none"> • Reflectir sobre o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências ao longo deste ensino clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise de cuidados prestados ao longo do ensino clínico. ▪ Identificação de novas situações de aprendizagem. ▪ Realização de relatório de contexto. 	<p align="center">A Mestranda</p>	<p align="center">Ao longo do estágio</p>

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projecto constitui um guia orientador do ensino clínico, sendo essencial para a consolidação de saberes e para o desenvolvimento de competências, mas é também um projecto dinâmico, pois fica em aberto a possibilidade de ser revisto e mais adequado à realidade que possamos eventualmente encontrar.

A pesquisa e a reflexão inerentes ao processo de projectar constituem um caminho valido de aprendizagem. Neste sentido, acredito e defendo que aprendemos muito mais reflectindo sobre a nossa prática e as nossas vivencias, pois este é o processo que conduz ao percurso mais satisfatório e de maior sinergismo com o que fomos no passado e com o que somos fora do ambiente profissional. Ninguém é somente enfermeiro, ou professor, ou fisioterapeuta, todos somos a adição de várias coisas e, talvez, até um pouco mais.

Posso, assim, inferir que inerente a esta metodologia está o pressuposto de que se aprende com a experiência de vida, já que aprender é estruturar o conhecimento que se adquire e compreende-lo, através da experiência.

Foi elaborado de uma forma sucinta e explícita, de modo que os objectivos sejam os mais realistas possíveis, tentando não correr o risco de se tornarem inatingíveis.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COLLIÉRE, Marie Françoise – **Cuidar... A primeira arte da vida**,_2ª ed., Loures, Lusociência, 2003, ISBN: 972-8383-53-3, p. 440
- FERNANDES, Maria Teresa – **Metodologia de Projecto**_Servir, Lisboa, 47 (5), Set/Out., 1999, ISSN p. 233-236
- HESBEEN, Walter – **A Reabilitação: Criar novos caminhos**, Loures, Lusociência, 2003, ISBN: 972- 8383-43-6, p. 166
- HONORÉ, Bernard – **A Saúde em Projecto**,_Loures, Lusociência, 2002, ISBN: 972-8383-31-2, p. 231
- HOEMAN, Sirley P. – **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo**, 2ª ed., Lisboa, Lusociência, 2000, ISBN: 972- 8383-13-4, p.787
- JOSSO, Marie Chistine – **Experiências de Vida e Formação** , Lisboa, Educa, 2002, ISBN: 972-8036-38-8, p. 216
- LEITE, Elvira et al – **Aprender por projectos centrados no problema**. Porto, Edições Afrontamento, 1989
- NOLAN, Mike; NOLAN, Janet – **Reabilitação: compreender a potencial contribuição da enfermagem**_Nursing, Lisboa, 11 (126), Out., 1998, ISSN p. 20-23

ANEXO III – Projecto de Estágio II – Contexto neurologia traumática



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

PROJECTO DE ESTÁGIO II

CONTEXTO DE NEUROLOGIA TRAUMÁTICA



**Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro
Rovisco Pais - Tocha**

Unidade de Reabilitação Geral de Adultos

PAULA MENDONÇA

2011



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular: Estágio II e Relatório

3º Bloco

**PROJECTO DE ESTÁGIO
CONTEXTO DE NEUROLOGIA TRAUMÁTICA**

Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro

Rovisco Pais - Tocha

Unidade de Reabilitação Geral de Adultos

Mestranda: Paula Mendonça (nº 090430002)

Enfermeira Cooperante: Ana Abreu

Orientador: Professor José Lourenço

Santarém, Janeiro 2011

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1 – OBJECTIVOS	5
2 - PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER	7
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

INTRODUÇÃO

A elaboração deste projecto surge no âmbito do estágio de Neurologia Traumática, inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação a decorrer de 24 Janeiro a 18 de Fevereiro de 2011 na Unidade de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais.

O estágio constitui um momento importante de aprendizagem uma vez que permite adquirir e desenvolver competências científicas e técnicas na área da enfermagem de reabilitação integrando os conhecimentos da fase teórica do curso. É nesta fase que temos possibilidade de contactar com a realidade dos conteúdos abordados na teoria surgindo assim, uma interacção entre a aprendizagem e prática, com vista a uma assimilação de conhecimentos.

O enfermeiro de reabilitação tem um papel determinante na prevenção de complicações e no desenvolvimento de maior independência funcional e qualidade de vida da pessoa e família, repercutindo-se em importantes ganhos económicos e em saúde (ROCHA, 2010).

São várias as alterações neuro-traumatológicas que afectam a independência do ser humano restringindo a sua qualidade de vida e prejudicando a sua dependência. Assim, parece-me bastante pertinente a presença do enfermeiro de reabilitação nesta área pois a sua intervenção irá minimizar complicações e sequelas, aumentar a função potenciando a capacidade de o indivíduo ser reintegrado na sociedade.

Neste contexto, o enfermeiro de reabilitação planeia as suas intervenções de modo sistematizado e contínuo, com um início mais precoce possível, prevenindo a perda da função e promovendo a independência funcional do paciente.

Devido à dinâmica organizacional e ao contexto deste serviço, este projecto será alvo de mudanças e reestruturações, a nível de competências específicas que pretenda alcançar, e/ou a nível de estratégias, por mim anteriormente delineadas, para este 4º bloco.

Um projecto de aprendizagem é algo que não é definitivo, único, absoluto, ou estático, à semelhança da nossa própria postura perante a vida.

Este projecto representa um veículo que pretende transmitir uma intenção de aprendizagem que decorrerá através da parte prática do curso. Transmite a expressão de

uma reflexão pessoal baseada na pesquisa efectuada e em conhecimentos adquiridos ao longo deste curso. Este processo de autoformação está orientado para as actividades a promover e a desenvolver, tendo em conta os objectivos que se pretendem atingir.

Este trabalho tem como objectivos:

- Projectar as diversas etapas do ensino clínico de forma reflectida e organizada;
- Planear actividades e expor estratégias que permitam a concretização de capacidades/competências;
- Servir de instrumento orientador e de análise, para realizar no final do estágio, um relatório reflexivo e crítico sobre a aprendizagem, e respectivas evoluções profissionais e pessoais.

Relativamente à estruturação deste trabalho, define objectivos gerais do curso e objectivos específicos. É também aqui representado, através de uma tabela as actividades que se pretendem por em prática, de acordo com as competências do enfermeiro de reabilitação de forma a atingir os objectivos traçados e a data da sua concretização. Por último apresenta-se as considerações finais.

1 – OBJECTIVOS

As Competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2009) para o enfermeiro especialista em reabilitação, referem:

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Os objectivos gerais que foram definidos pela Escola Superior de Saúde de Santarém são considerados para este estágio, bem como os objectivos específicos, que são os que pessoalmente pretendo atingir e que considero concretizáveis, tendo por base o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros.

OBJECTIVOS GERAIS

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares /interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Integrar o papel de Enfermeiro Especialista em enfermagem de reabilitação na gestão e dinâmica organizacional da Unidade de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais.
- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesões neurológicas traumáticas (TCE), desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à sua máxima autonomia e independência.
- Capacitar a pessoa /família com alterações neurológicas para a independência no autocuidado, tendo em vista a sua reinserção social.
- Participar na formação contínua do serviço.
- Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos em contexto neuro-traumatológico.
- Reflectir sobre o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências ao longo deste ensino clínico.

2 - PLANO DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<p>➤ Integrar o papel de Enfermeiro Especialista em enfermagem de reabilitação na gestão e dinâmica organizacional da Unidade de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração e articulação na equipa multidisciplinar, assumindo o papel de enfermeiro de reabilitação. ▪ Conhecimento da organização e funcionamento da unidade, nomeadamente, rotinas, protocolos e programas existentes a nível de cuidados de reabilitação. ▪ Identificação das funções do enfermeiro de reabilitação na equipa como gestor dos cuidados de enfermagem de reabilitação, assegurando a continuidade dos cuidados pela equipa. ▪ Compreender a articulação dos serviços a nível de cuidados de reabilitação com a comunidade. ▪ Participação em todas as actividades inerentes às competências do enfermeiro Especialista de Reabilitação, demonstrando disponibilidade, interesse, iniciativa, responsabilidade e sentido crítico na realização das actividades. 	<p>A Mestranda + Enfermeira cooperante + Equipa multidisciplinar</p>	<p>Durante a 1^a semana de estágio</p>

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<p>➤ Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesão neurológica traumática (TCE), desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à sua máxima autonomia e independência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das necessidades de cuidados em enfermagem de reabilitação, recorrendo de forma sistemática a instrumentos de avaliação adequados a cada situação clínica. ▪ Avaliação neurológica e funcional do utente. ▪ Recolha de informação pertinente e utilização escalas e instrumentos de medida com vista à avaliação da funcionalidade nas áreas: cardio-respiratória, motora, sensorial, cognitiva, eliminação vesical e intestinal e sexualidade. ▪ Avaliação do grau de independência nas AVD, recorrendo a escalas (Escala de Lower, Escala de Penn, Escala de Ashworth, MIF). ▪ Consulta de fontes de informação pertinentes, desenvolvendo um processo de avaliação da situação concreta nas componentes pessoais, familiares e cidadania. ▪ Avaliação do potencial de reabilitação da pessoa doente. ▪ Promoção da facilitação cruzada (abordar a pessoa e colocar a 	<p style="text-align: center;">A Mestranda + Enfermeira cooperante + Utente/Família</p>	<p style="text-align: center;">Ao longo do estágio</p>

	<p>mesa de cabeceira no lado plégico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercícios terapêuticos no leito: Ponte; Auto-mobilizações dos membros superiores e inferiores; Rolar no leito; Rotação do tronco e da anca. ▪ Instrução e aplicação de posicionamentos anti-espásticos. ▪ Instrução de treino de equilíbrio sentado, verticalização e treino de equilíbrio de pé. ▪ Estimulação da sensibilidade e propriocepção, através da aplicação de talas de pressão e ou talas de Freeman. ▪ Realização de exercícios de fortalecimento muscular. ▪ Realização de programas de mobilizações articulares passivas, activo-assistidas e activas, consoante a capacidade do utente. ▪ Execução de transferências do leito para cadeira e vice versa. ▪ Execução de treino de marcha com andarilho, tripé e subir e descer escadas. ▪ Treino de actividades de vida diária (vestuário, higiene pessoal, alimentação, transferências). 	<p>A Mestranda + Enfermeira cooperante + Utente/Família</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
--	---	---	------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Treino de controlo de esfíncteres e auto-esvaziamento vesical. ▪ Técnicas de reeducação funcional respiratória e cinesoterapia, quando a situação o exija, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios. - Ensino da respiração diafragmática. - Exercícios de reeducação abdomino-diafragmáticos globais e selectivos. - Instrução na inaloterapia. - Reeducação costal global, selectiva e correcções posturais. - Ensino de posições que diminuam a sobrecarga muscular. - Instrução de manobras de expiração forçada (pigarrear, huff, tosse assistida e dirigida). - Realização de drenagens posturais. - Realização de percussões, compressões e vibrações torácicas. 	<p style="text-align: center;">A Mestranda + Enfermeira cooperante + Utente/Família</p>	<p style="text-align: center;">Ao longo do estágio</p>
--	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilização dos equipamentos disponíveis e ajudas técnicas facilitadoras (pedaleira, tábua de Freeman, cadeiras de rodas, etc. ▪ Registo das intervenções de enfermagem específicas, efectuadas a nível da reabilitação, tendo em vista a continuidade dos cuidados. ▪ Avaliação em conjunto com o doente/família dos resultados das intervenções e se necessário reajustar. 	<p style="text-align: center;">A Mestranda + Enfermeira cooperante + Utente/Família</p>	<p style="text-align: center;">Ao longo do estágio</p>
--	---	---	--

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<p>➤ Capacitar a pessoa /família com alterações neurológicas para a independência no autocuidado, tendo em vista a sua reinserção social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de factores inibidores e facilitadores para a realização das actividades de vida diária de forma autónoma num contexto social e de cidadania. ▪ Ensino e envolvimento da pessoa/cuidador na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação tendo em conta o nível de conhecimentos que estes apresentam. ▪ Identificação e orientação na eliminação de barreiras arquitectónicas existentes no domicílio. ▪ Orientação na aquisição de produtos de apoio, de modo a facilitar o processo de integração no domicílio. ▪ Transmissão de informações adequadas e pertinentes. ▪ Ensino e sensibilização da necessidade de continuidade do programa de reabilitação instituído, visando prevenir complicações provocadas pela imobilidade. 	<p style="text-align: center;">A Mestranda + Enfermeira cooperante + Utente e família</p>	<p style="text-align: center;">Ao longo do estágio</p>

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<p>➤ Participar na formação contínua do serviço.</p> <p>➤ Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos específicos em contexto neuro-traumatológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de um folheto informativo sobre os procedimentos a ter com a pessoa Afásia. ▪ Partilha de conhecimentos e técnicas com o enfermeiro cooperante no cuidar à pessoa com patologia neurológica de causa traumática. ▪ Pesquisa de artigos científicos através da utilização das bases de dados científicas disponíveis. ▪ Verificação da pertinência dos artigos escolhidos e o seu grau de evidência. 	<p>A Mestranda</p> <p>A Mestranda + Enfermeira cooperante + Equipa multidisciplinar</p>	<p>Na 2ª semana de estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p>

OBJECTIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	INTERVENIENTES	DATA
<p>➤ Reflectir sobre o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências ao longo deste ensino clínico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise de cuidados prestados ao longo do ensino clínico. ▪ Identificação de novas situações de aprendizagem. ▪ Realização de relatório de contexto. 	<p>A Mestranda</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa e a reflexão inerentes ao processo de projectar constituem um caminho valido de aprendizagem. Neste sentido, acredito e defendo que aprendemos muito mais reflectindo sobre a nossa prática e as nossas vivencias, pois este é o processo que conduz ao percurso mais satisfatório e de maior sinergismo com o que fomos no passado e com o que somos fora do ambiente profissional. Ninguém é somente enfermeiro, ou professor, ou fisioterapeuta, todos somos a adição de várias coisas e, talvez, até um pouco mais.

Este projecto foi elaborado de uma forma sucinta e explícita, de modo que os objectivos sejam os mais realistas possíveis, tentando não correr o risco de se tornarem inatingíveis.

Este projecto constitui um guia orientador do ensino clínico, sendo essencial para a consolidação de saberes e para o desenvolvimento de competências, mas é também um projecto dinâmico, pois fica em aberto a possibilidade de ser revisto e mais adequado à realidade que possamos eventualmente encontrar.

Posso, assim, inferir que inerente a esta metodologia está o pressuposto de que se aprende com a experiência de vida, já que aprender é estruturar o conhecimento que se adquire e compreende-lo, através da experiência.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FERNANDES, Maria Teresa – **Metodologia de Projecto**,_Servir, Lisboa, 47 (5), Set/Out., 1999, ISSN p. 233-236
- HESBEEN, Walter – **A Reabilitação: Criar novos caminhos**, Loures, Lusociência, 2003, ISBN: 972- 8383-43-6, p. 166
- HOEMAN, Sirley P. – **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo**, 2ª ed., Lisboa, Lusociência, 2000, ISBN: 972- 8383-13-4, p.787
- LEITE, Elvira et al – **Aprender por projectos centrados no problema**. Porto, Edições Afrontamento, 1989
- NOLAN, Mike; NOLAN, Janet – **Reabilitação: compreender a potencial contribuição da enfermagem**,_Nursing, Lisboa, 11 (126), Out., 1998, ISSN p. 20-23
- ORDEM DOS EMFERMEIROS - **Modelo de Desenvolvimento Profissional- Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Conselho de Enfermagem. Dezembro de 2009. P.39-41
- ROCHA, Belmiro (2010)- **Contributo para o plano nacional de saúde 2011/2016** [em linha].Lisboa.[consultado em 5-01-2011].Disponívelem:[http:// www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf);

ANEXO IV - Ação de formação sobre Afasia



CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE
SERVIÇO DE MEDICINA I

AFASIA

UMA BARREIRA À COMUNICAÇÃO

Autores: Enfª Paula Mendonça
Enfª Rui Silva
Escola Superior de Saúde de Santarém

SUMÁRIO

- OBJECTIVOS
- ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DA AFASIA
- NEUROFISIOLOGIA DA LINGUAGEM
- CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS
- AVALIAÇÃO
- PROGNÓSTICO/ IMPLICAÇÕES
- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OBJECTIVOS

- Aprofundar o conhecimento sobre afasias.
- Rever estratégias facilitadoras na comunicação com a pessoa afásica.
- Promover uma melhor comunicação Enfª/Pessoa com afasia.

ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DA AFASIA

- Gall –Início séc. XIX
- Bouillaud –1825
- Broca –1861 (Linguagem no lobo frontal -Afemia)
- Assimetria funcional dos hemisférios
- Wernicke –1874 (afasia sensorial)
Modelo de organização do cérebro para a linguagem.
Dois centros de linguagem: motor e sensorial.
Afasia de condução (lesão nas fibras associativas)

NEUROFISIOLOGIA DA LINGUAGEM

- Hemisférios cerebrais são anatomicamente e funcionalmente assimétricos;
- Na função da linguagem o hemisfério esquerdo é dominante na maioria dos indivíduos;
- Existe uma relação entre o hemisfério Esq. e a utilização predominante da mão direita (96% dos dextros o hemisfério dominante para a linguagem é o Esq.)
- Uma lesão no hemisfério direito pode afectar a linguagem a vários níveis (compreensão de histórias e fábulas, frases com sentido metafórico)
- Existem três áreas no hemisfério Esq. envolvidas na linguagem: Broca, Wernicke e giro angular;

(CORREIA, 2004)

AFASIA



- A afasia é uma perturbação ou distúrbio da linguagem que resulta de uma disfunção ou lesão cerebral localizada nas estruturas envolvidas no processo de linguagem.
- Nem todas as alterações da linguagem podem ser designados de afasia

(Caldas, 2000)

AFASIA

- o As pessoas com afasia estão parcial ou totalmente incapacitadas para **compreender** ou **expressar** as palavras. A expressão e compreensão escrita estão em regra mais afectadas que a sua componente oral, mas ambas estão envolvidas em graus variáveis.

- o Acidente vascular cerebral (85%),
- o Tumor cerebral ou uma infecção,
- o Traumatismo craniano.

Etiologia

(Coudry, 1988)

CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS

- Os síndromes afásicas podem ser divididos pelo padrão de atingimento ao nível de critérios específicos de linguagem:

- >Fluência
- >Compreensão
- >Repetição
- >Nomeação

(Goodglass e Kaplan, 1983)

OUTROS SINDROMES QUE ENVOLVEM A COMUNICAÇÃO

- o **Alexia** – perda da capacidade para compreender as palavras escritas.
- o **Anomia** - incapacidade para nomear os objectos ou reconhecer os seus nomes.
- o **Disartria** - perturbação da articulação da linguagem. Não é um problema de linguagem, deve-se a uma lesão na área do cérebro que controla os **músculos utilizados para emitir sons e coordenar os movimentos** do aparelho vocal.

CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS

- o **FLUENTE** – Wernicke, transcortical sensitiva, de condução e anômica;
- o **NÃO FLUENTE** – Broca, transcortical motora, transcortical mista e global

(COELHO, 1997)

DISCURSO

FLUENTE	NÃO FLUENTE
<ul style="list-style-type: none">-Débito normal ou elevado,-Produzido sem esforço,-Integridade da linha melódica-Pobre em ideias-Múltiplas parafasias	<ul style="list-style-type: none">-Baixo débito (pocas palavras por unidade de tempo),-Produzido com esforço,-Constituído por frases curtas ou palavras isoladas,-Pausas são frequentes e longas,-Perda da linha melódica habitual.

AValiação DA AFASIA

COMPONENTES DA LINGUAGEM QUE DEVEM SER AVALIADOS AO EXAME FÍSICO:

- o **Discurso espontâneo** – avalia-se dando temas ao doente como doença, profissão, idade, estado civil.
* Permite **diferenciar afasia de disartria**, por exemplo:
- o **Teste da fonação e ressonância** - (aaaah),
- o **Função dos lábios** – pa pa pa,
- o **Função da língua** – ta ta ta,
- o **Função laringe posterior** – ca ca ca.
Permite avaliar:
 - **Linguagem automática** (dias da semana, meses do ano, contar até 20),
 - **Nomeação** – mostrando imagens objectos e partes do corpo,
 - **Repetição** – sílabas, palavras frases, números.

AVALIAÇÃO DA AFASIA

- o **Compreensão** – é a área mais difícil de avaliar.

Siga comandos simples num só passo e depois aumente progressivamente o número de passos,

- ex. 1º tire os óculos. 2º abra o livro. 3º toque o nariz.

Diálogo simples pedindo respostas sim/não,

- ex. uma pedra flutua na água?

- o **Leitura** – é importante saber com lia antes. Avalia-se solicitando (ex):

- Leitura de sílabas, palavras, frases,
- Legendar uma história.

- o **Linguagem elaborada** – explora-se solicitando ao doente: Definição de palavras, Sinónimos antónimos, etc..

(LOUISE, 1992)

TESTES PARA A AFASIA

- o **Exame Diagnóstico de Boston** – vinte e sete subtestes não baseados em linguagem. O examinador avalia a fala do paciente em conversas e a compreensão auditiva numa escala de sete pontos.

- o **Bateria de Afasia Western** – é uma modificação e expansão do Exame Diagnóstico da Afasia de Boston.

(LOUISE, 1992)

AFASIA DE BROCA - EXPRESSÃO (AFASIA MOTORA OU NÃO FLUENTE)

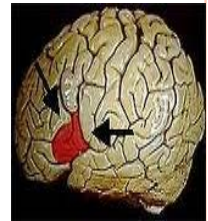


- o **Comprometimento**: Estruturas localizadas nas porções mais anteriores como a porção posterior do giro frontal inferior ou área de Broca.
- o **Clinicamente**: reduzida produção de palavras, com **frases curtas**, - agramáticas e amelódicas.
- o **A compreensão da linguagem verbal** geralmente encontra-se **preservada**.
- o Capacidade de repetição - **comprometida**.

(COELHO, 1997)

AFASIA DE BROCA

(TAC e RNM)

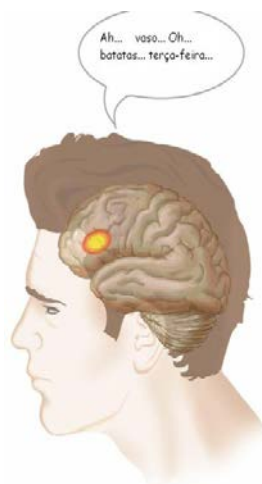


Lesões ou assimetrias na:

- Região frontal posterior
- Porção anterior da região têmporo-parietal de predomínio à esquerda.
- Em casos de lesões vasculares, o território comprometido pertence ao ramo superior da **artéria cerebral média esquerda**.

(COELHO, 1997)

AFASIA DE BROCA



AFASIA DE WERNICKE - COMPREENSÃO (AFASIA SENSORIAL OU FLUENTE)

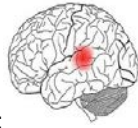


- o **Estruturas comprometidas**:
 - Porção posterior do giro temporal superior área de Wernicke;
 - Córtex auditivo primário, no giro de Heschl.
- o **Clinicamente**:
 - o Fluência verbal preservada,
 - o Conteúdo anormal com tendência a substituições (parafasias).
- **A compreensão da linguagem verbal e a repetição** encontram-se intensamente comprometidas.

(COELHO, 1997)

AFASIA DE WERNICKE - COMPREENSÃO (AFASIA SENSORIAL OU FLUENTE)

(TAC e RNM)



Os exames de imagem revelam lesões:

- Têmporo-parietais no hemisfério esquerdo,
- Território de irrigação do ramo inferior da artéria cerebral média ipsolateral.

AFASIA DE WERNICKE



AFASIA DE BROCA / WERNICKE

Afasia de Broca

- As respostas são indecisas mas sensatas.
Pergunta: «Que representa esta fotografia?» (um cão a ladrar)
Resposta: «C-ca-ca-cão, oh não...ca-car... caramba a-a-ani-animal, sim, sim, animal, animal, c-c-...faz ruído.»



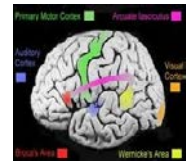
Afasia de Wernicke

- As respostas saem com facilidade, mas não fazem sentido.
Pergunta: «Como se sente hoje?»
Resposta: «Quando? Fácil, dado que o meu rio discorre caixas pretas umda abata H para quando venham os bubas.»

(DELISA, 2002)

AFASIA DE CONDUÇÃO

- A afasia de condução é a consequência da **desconexão** entre a região da compreensão auditiva (área de Wernicke) e a da produção de fala (área de Broca).



É provocada por lesão:

- -Feixe arqueado (feixes que conectam a área de Broca com a área de Wernicke)
- -Córtex auditivo (especialmente áreas primárias)
- -Córtex insular

(COELHO, 1997)

AFASIA ANÓMICA

- A afasia Anômica é também chamada de **afasia amnésica**.
- Pode constituir a **sequela de outra afasia**.
- Localização difícil de precisar especialmente se for ligeira.
- Na fase aguda a área mais implicada é a região temporo-parietal.
- Pode implicar os lobos frontal, parietal e temporal e ao nível sub-cortical.

(COELHO, 1997)

- **Leitura, Escrita e Cálculo Relativamente preservados.**

AFASIA GLOBAL



- Forma mais grave de perturbação da linguagem.
- Resulta de uma extensa lesão do hemisfério esquerdo envolvendo todas as regiões que compõem a rede neuronal que suporta e trata a informação verbal. Implicam os lobos frontal, temporal e parietal (áreas irrigadas pela artéria cerebral média)
- -Região frontal inferior posterior (área de Broca)
- -Região temporal posterior superior (área de Wernicke)
- -Córtex auditivo
- -Ínsula
- -Gânglios da base

(COELHO, 1997)

AFASIA GLOBAL (AFASIA MISTA)

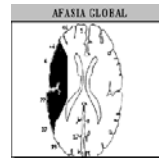


EXISTE:

- ALTERAÇÃO DA LEITURA, ESCRITA E CÁLCULO
- ASSOCIADA A HEMIPLÉGIA OU HEMIPARÉSIDA
- ALTERAÇÕES SENSORIAIS
- ALTERAÇÕES DE CAMPOS VISUAIS.

(COELHO, 1997)

AFASIA GLOBAL



- **Linguagem:** Não fluente, Ausência de discurso, Palavras isoladas, Frases telegráficas.
- **Compreensão:** perturbação grave, compreende melhor aspectos relevantes a nível pessoal.
- **Nomeação:** Muito alterada.
- **Capacidade de Repetição:** Muito alterada.

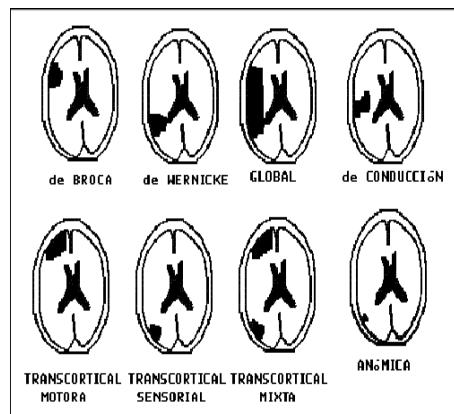
(COELHO, 1997)

AFASIAS TRANSCORTICAIS

- São aquelas em que a **área da linguagem** (perisilviana), é preservada, mas está **desconectada do restante cérebro**. Deve-se a um enfarto da linha divisória (zona marginal).
- A pessoa não pode iniciar a fala, **produzindo apenas sons** ou sílabas. Difere da afasia de Broca porque a repetição é quase perfeita e a leitura é frequentemente preservada. A escrita é comprometida.
- Clinicamente ela aparece como uma fase de recuperação da afasia de motora e aparece em lesões do lobo frontal anteriores ou superiores à área de Broca.

(COELHO, 1997)

IMAGIOLOGIA

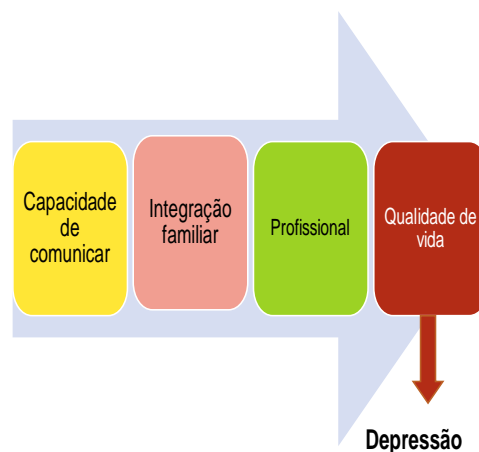


PROGNÓSTICO DAS AFASIAS

- A maioria dos síndromes afásicos sofre uma recuperação espontânea, que é máxima nos 3/4 meses após a lesão.
- Nas afasias secundárias a lesões vasculares isquémicas, a recuperação estabiliza ao fim de um ano.
- Nas lesões vasculares hemorrágicas e na patologia traumática, o período pode ser mais longo.

(DELISA, 2002)

IMPLICAÇÕES DAS AFASIAS



ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO



- o Falar com a pessoa como um **ADULTO** que é.
- o Minimizar ou eliminar barulho de fundo.
- o Falar com a pessoa frente a frente.
- o Garantir que se consegue captar a atenção da pessoa.
- o Encorajar o uso de diferentes formas de comunicação (fala, escrita, desenho, perguntas de resposta sim/não).

(LOUISE, 1992)

ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO



- o Dar tempo suficiente para a pessoa se poder exprimir e para responder.
- o Aceitar todas as tentativas de comunicação.
- o Manter uma conversação simples, mas adulta.
- o Simplificar a estrutura frásica e reduzir a velocidade do discurso.
- o Dar pistas não-verbais (expressão facial, gestos).

(LOUISE, 1992)

Troco tudo,
Não me lembro de nada
Do que me dizem!
Troco tudo,
Minha mente está disfarçada
É o que me dizem!
(...)
Sou casado,
Mas não tenho mulher.
Tenho dois filhos,
Que não são meus,
Não consigo saber seus nomes,
Nem soletrá-los,
Porém vou à escola,
Todos os dias buscá-los.
(...)
Da minha boca não sai nada,
Senão um misero grunhir.
Interrogo-me constantemente se deveria ter sido um ser homem...
...com tantos animais faladores!?
Sou um doente... dizem eles...
...mas não tenho dores!

(Guilherme)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- o CALDAS, Alexandre Castro et al – **Técnicas de reabilitação usadas em doentes afásicos**. Integrar. Lisboa. ISSN 0872- 4865, n.º 6 (1995), p.14-19.
- o COELHO, Manuela Múrias de Mira et al – **Afasia após acidente vascular cerebral**. Boletim do Hospital de São Marcos. Braga. ISSN 0871-6579. N.º 2(1997), p.83-91.
- o CORREIA, Carina et al – **Bases neurofisiológicas da linguagem: uma revisão a partir de dados históricos e clínicos**. Psiquiatria Clínica. Figueira da Foz. Vol. 25, n.º 2 (2004), p. 115 – 126.
- o COUDRY, M.I.H. **Diário de Narciso: discurso e afasia**. São Paulo: Martins Fontes, 1988
- o DELISA, Joel A. et al – **Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática**. 3.ª ed. Barueri: Manole, 2002. ISBN 85-204-1052-9.
- o KAPLAN, E.; GOODGLASS, H - **Assessment of Aphasia and Related Disorders** . Philadelphia: Lea & Febiger, 1983
- o LOUISE Grondin et al – **Planificação dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Instituto Piaget, 1992. ISBN 972-9295-18-2 .
- o WIROTIUS, JM; GÉRARD CI et PLASSIARD-CHOISAT C. **Rééducation du langage**. Enciclopédie Médico-Chirurgicale. Elsevier, Paris. 26-437-A-10,

ANEXO V – Ação de formação sobre Inaloterapia

INALOTERAPIA



Escola Superior de Saúde de Santarém
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Autora: Enfª Paula Mendonça

OBJECTIVOS

- REVER OS PRINCÍPIOS DE INALOTERAPIA;
- DEMONSTRAR A CORRECTA UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INALOTERAPIA;
- APROFUNDAR CONHECIMENTOS SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A TERAPÊUTICA DE NEBULIZAÇÃO.

Princípios de Inaloterapia

INALOTERAPIA: Administração de fármacos por via inalatória, com fins terapêuticos.

AEROSSOL: Suspensão estável de partículas líquidas ou sólidas num gás (processos naturais ou industriais).

NEBULIZAÇÃO: Produção de aerossol de uma solução líquida.

SUMÁRIO

- * Objectivos
- * Princípios de Inaloterapia
- * Sistemas de Inaloterapia
 - inaladores pressurizados e de pó seco
 - nebulizadores
- * Cuidados na terapêutica de nebulização
- * Indicações de Utilização
- * Conclusão
- * Bibliografia

Terapêutica Inalatória

- Administração de Fármacos por via Inalatória:
Revolucionou ⇒ Pneumologia
Tratamento das doenças vias aéreas (Asma, DPOC, SIDA, Gripe, etc.)
- Múltiplos Fármacos e diferentes Sistemas:
Conhecimento Escolha adequada, utilização correcta
- Ensino do doente

Terapêutica inalatória

Vantagens:

- Acção mais rápida
- Doses inferiores
- Menos efeitos sistémicos
- Maior eficácia terapêutica

Factores que Influenciam a Deposição de Fármaco nas Vias Aéreas Inferiores

- Quantidade de aerossol administrado
- Características das partículas de aerossol:
 - Tamanho
 - Forma e densidade
- Padrão ventilatório do doente
- Características anatómicas das vias aéreas
- Modo de administração

mecanismo de deposição

Padrão Ventilatório

Deposição pulmonar influenciada por:

- Débito inspiratório (ideal \pm 30L/min)
- Pausa inspiratória
- Volume inspirado
- Volume pulmonar no início da inalação

Características Anatómicas das Vias Aéreas:

Respiração nasal:
↓ até 50% do aerossol

Obstrução:
deposição central e heterogênea

Crianças:
calibre reduzido e secreções,
débito inspiratório ↓ e Δ
maior frequência respiratória

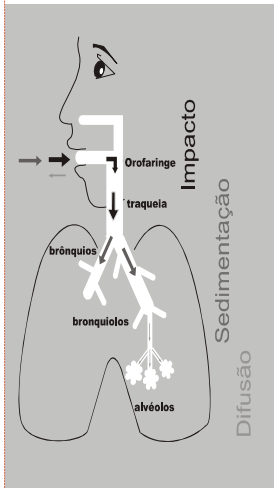


Fig. 4

Optimização da Deposição Endobrônquica

Condições ideais:

- DAMM 2- 5 μ m
- Inalação lenta e profunda, por via bucal
- Pausa inspiratória de 5-10s
- Volume pulmonar inicial baixo

Sistemas para Terapêutica Inalatória

1. Inaladores Pressurizados Doseáveis:
 - MDI (*metered dose inhaler*)
 - câmaras expansoras (*spacers*)
2. Inaladores de Pó Seco (DPI):
 - multidose
 - monodose
3. Nebulizadores:
 - pneumáticos (Jet)
 - ultra-sônicos

Inaladores Pressurizados Doseáveis

- MDI

Técnica "complicada":
coordenação mão-pulmão
efeito *cold freon*



Débitos inspiratórios ideais de 25 a 30 L/min

Existe deposição 10% (0,8 a 12%) e 80% na orofaringe

Câmaras Expansoras (Spacers)

Tubo ou câmara de comprimento variável (10-25 cm) e volume entre 80 e 1200 ml

Objectivos:

- Facilitar a utilização para o doente
- Melhorar características do aerossol

Câmaras Expansoras (Spacers)

Vários modelos:

- Tubo extensor (ajuda respiratória)
- Able Spacer
- Aerochamber
- Fisonair
- Volumatic
- Nebuhaler (pear shaped spacer)
- ... Paftec



Câmaras Expansoras (Spacers)

Vantagens:

- Melhoram características do aerossol
 - ↓ velocidade e tamanho (evaporação do propelente)
- ↓ impacto na orofaringe (< 20%) e ↓ cold freon
- Facilitam utilização para o doente (variável com modelo)
 - ↓ necessidade de coordenação mão-pulmão
- ↑ da deposição e distribuição intrapulmonar (17-24%)
- Baratas e menor riscos de infecção (relação aos nebulizadores)

Câmaras Expansoras (Spacers)

Desvantagens:

- Dimensões e/ou pouco portáteis (alguns modelos)
- Requer esforço inspiratório e problemas da válvula
- Atraso na activação do MDI e inalação ⇒ ↓ efeito terapêutico
- Depósito nas paredes (↓ nas metálicas e não-electrostáticas)

Inaladores de Pó Seco

- Necessidade de débitos inspiratórios > 30 L/min: (débitos óptimos variáveis de acordo com o dispositivo)

Exige inspiração activa (doente colaborante/consciente)
utilização ? em crianças < 5 anos e obstrução acentuada
↑ impacto na orofaringe

- Necessidade de proteger da humidade

Ensino ao Doente

- Técnica de administração
- Erros mais frequentes
- Manutenção



Erros Mais Frequentes - MDI

- 2% dos doentes não tiravam a tampa
- 10% colocavam o inalador ao contrário
- 32% não agitavam a embalagem
- 36% interrompiam a inalação ao sentir o aerossol na faringe (efeito “cold freon”)
- 50% falhavam na sincronização inalação e activação (descoordenação mão-pulmão)
- 50% não inalavam lenta e profundamente
- 50% não efectuavam a pausa inspiratória
- início da inspiração sem diminuir o volume pulmonar

Epstein e Crompton

Manutenção - MDI

- Não expor o MDI a temperaturas > 50°C
- Não perfurar a embalagem
- A cada doente ⇒ um MDI
- Lavagem do aplicador 3x/semana (detergente suave)

Erros Mais Frequentes - MDI com Spacer

Erros do MDI + spacer

- Início da inspiração com volume pulmonar não ↓
- Atraso entre a activação do MDI e a inalação
- Administração de várias doses por inalação
- Introdução de 2 ou + fármacos no spacer por inalação
- Pausa < 30" -1' entre as inalações (reventilação CFC)
- Débitos inspiratórios elevados

Erros Mais Frequentes - MDI com Spacer

Erros dos MDI

- Não agitar/aquecer contentor (entre 2 activações)
- Má adaptação
- Posição incorrecta

Manutenção - Spacer

- Desmontar todas as peças possíveis
- Lavagem 1x/mês (detergente suave)
- Secar ao ar (↓ electricidade estática)
- Substituição anual (ou quando necessário)

Manutenção - DPI

- Utilização individual exclusiva
- Limpeza do bucal com um pano seco ou papel após cada utilização
- Não colocar dentro de água

FINALIDADE da NEBULIZAÇÃO

- Alívio de processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos;
- Humidificação - para tratar ou evitar desidratação excessiva da mucosa das vias aéreas;
- Fluidificação - para facilitar a remoção das secreções viscosas e densas;
- Administração de mucolíticos - para obter a atenuação ou resolução de espasmos brônquicos;
- Administração de corticosteróides - acção anti-inflamatória e anti-exsudativa;

CUIDADOS NA TERAPÊUTICA DE NEBULIZAÇÃO:

- OBSERVAR REACÇÕES DO PACIENTE E AS CARACTERÍSTICAS DAS SECREÇÕES ELIMINADAS;
- ORIENTAR O PACIENTE PARA MANTER OS OLHOS FECHADOS DURANTE A NEBULIZAÇÃO SE EM USO DE MEDICAMENTOS;
- ORIENTAR O PACIENTE A LAVAR O ROSTO APÓS A NEBULIZAÇÃO, se;
- PROVIDENCIAR A LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS MATERIAIS USADOS (APARELHO);
- USAR SOLUÇÃO NEBULIZADORA OU HUMIDIFICADORA ESTÉRIL.

INDICAÇÕES PARA NEBULIZAÇÃO

- Obstrução inflamatória aguda subglótica ou laríngea;
- Afecções inflamatórias agudas e crónicas das vias aéreas;
- Sinusites, bronquites, asma brônquica, pneumonias, edema agudo de pulmão e outros;
- Pós-operatório.

Inaladores Pressurizados Doseáveis

VANTAGENS

- ⊕ Baixo custo
- ⊕ Portáteis
- ⊕ Discretos
- ⊕ Prontos a utilizar
- ⊕ Pouco afectados pelas condições climáticas

DESVANTAGENS

- ⊕ Dificuldades na coordenação mão-pulmão
- ⊕ Efeito *cold freon*
- ⊕ Aumento de efeitos secundários
- ⊕ Possível efeito broncoconstritor do propelente
- ⊕ Inadequado para crianças com idade < 5-6 anos

Câmaras Expansoras

VANTAGENS

- ⊕ Não necessitam coordenação com a inspiração
- ⊕ Ausência do efeito *cold freon*
- ⊕ Reduzem a deposição na orofaringe
- ⊕ Podem ser usadas em doentes de todas as idades
- ⊕ Podem ser utilizadas em doentes ventilados

DESVANTAGENS

- ⊕ Pouco portáteis
- ⊕ Dosagem irregular, se limpas inadequadamente
- ⊕ Problemas de funcionamento da válvula
- ⊕ Atraso entre a activação do MDI e a inalação ↓ o efeito terapêutico

Inaladores de Pó Seco

VANTAGENS

- ⊕ Portáteis e discretos
- ⊕ Não necessitam coordenação inspiratória
- ⊕ Não têm propelentes
- ⊕ Conhecimento da quantidade de fármaco existente no dispositivo
- ⊕ Podem ser utilizados por crianças com idade superior a 5 anos

DESVANTAGENS

- ⊕ Requerem um débito inspiratório > 30L/min
- ⊕ Requerem uma inspiração rápida e doente colaborante
- ⊕ Possibilidade de perda de eficácia em ambientes húmidos

Nebulizadores

VANTAGENS

- ⊕ Facilidade de administração
- ⊕ Pode ser utilizado em qualquer idade e em doentes inconscientes
- ⊕ Administração de doses elevadas
- ⊕ Eficazes na asma grave
- ⊕ Baixa deposição na orofaringe
- ⊕ Não têm propulsores

DESVANTAGENS

- ⊖ Custo elevado
- ⊖ Ruidoso e pouco portátil
- ⊖ Requer fonte de energia
- ⊖ Tratamento demorado
- ⊖ Risco de contaminação

Programa de Educação do Doente



- ✓ Informação sobre os objectivos de cada fármaco
- ✓ Ensino e treino da utilização de inaladores, com reforço subsequente dos conhecimentos
- ✓ Normas de limpeza e desinfecção dos diferentes sistemas
- ✓ Avaliação da *compliance* terapêutica

*“A Medicina é para os doentes,
os medicamentos são para as pessoas”*

George W. Merck

Adaptação do sistema inalatório ao doente
Ter em conta a preferência do doente

Tendência para a sobre utilização e aperfeiçoamento dos DPI

CONCLUSÃO

Só aqueles que têm paciência para fazer coisas simples com perfeição é que irão adquirir habilidade para fazer coisas difíceis com facilidade.

(Johann Christoph Von Schiller)

**OBRIGADO PELA ATENÇÃO
DÚVIDAS ?**

BIBLIOGRAFIA

- SCHIMITZ, Edilza Maria R. A. A Enfermagem em Pediatria e Puericultura. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro e São Paulo, 1989.
- BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. Guanabara Koogan, 7a ed. Rio de Janeiro. Vol 1.
- DEF - Dicionário de Especialidades Farmacêuticas.

ANEXO VI – Panfleto informativo sobre Afasia



AFASIA - UMA PERTURBAÇÃO DA LINGUAGEM

A AFASIA É A INCAPACIDADE TOTAL OU PARCIAL PARA COMPREENDER OU EXPRESSAR PALAVRAS

Pode manifestar-se:



Na leitura



Na fala

OU



Na escrita



Na compreensão auditiva

RESULTA DE UMA LESÃO CEREBRAL (AVC, TRAUMATISMO, INFECÇÃO, TUMOR, ETC.) E TRADUZ-SE PELA DIFICULDADE NA COMUNICAÇÃO

A AFASIA É UMA PERTURBAÇÃO, QUASE INVISÍVEL MAS MUITO INCAPACITANTE

- ✓ PODE COMPROMETER GRAVEMENTE A SEGURANÇA DO DOENTE
- ✓ NÃO EXISTE MEDICAÇÃO ESPECÍFICA PARA ESTE PROBLEMA...

25% dos doentes recuperam a linguagem;

50% dos doentes mantêm défice parcial, mas que permite comunicação funcional

25% dos doentes ficam acentuadamente incapacitados;

A AFASIA FREQUENTEMENTE ESTÁ ASSOCIADA A:

- Alterações na mobilidade
- Perturbações no raciocínio e memória
- Alterações visuais e sensitivas

IMPLICANDO DIFICULDADES ACRESCIDAS

... porém, a família tem um papel fundamental na recuperação do doente, criando estratégias compensatórias para a comunicação

COMO FACILITAR A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA AFÁSICA:

- ✓ **Mantenha** uma conversação simples, mas **ADULTA**, utilizando frases curtas e perguntas de resposta sim/não;
- ✓ **Dê tempo** suficiente para a pessoa se poder exprimir e para responder;
- ✓ **Aceite e Estimule** todas as tentativas de comunicação (fala, gestos, apontar, desenho, escrita);
- ✓ **Utilize** blocos de notas, agendas, cartões com o abecedário, listas de palavras ou figuras com objectos, necessidades, acções e caras que expressem diferentes estados de humor (cama, cadeira, água, casa de banho, sim, não, triste, cansado, etc.);
- ✓ **Ouçá-a** até ao fim e não acabe as suas frases;
- ✓ **Fale frente a frente**, evitando locais ruidosos;
- ✓ **Dê pistas não-verbais** (expressão facial, gestos);
- ✓ **Confirme** que a pessoa compreendeu o que se lhe disse.

QUANDO A PESSOA NÃO COMPREENDE O QUE SE LHE DIZ:

Repita o que disse, o número de vezes necessário para que ele compreenda o que lhe pretende transmitir;

Simplifique a estrutura das frases que usa e fale pausadamente;

Enfatize as palavras de maior importância na frase;

Exemplifique o que pretende, pedindo depois que repita;

Não insista na comunicação, quando a pessoa está cansada ou sobre pressão;

Seja paciente e não eleve o tom de voz se a pessoa não compreende.

TENHA EM CONTA QUE:

A fadiga, a irritação, a desmotivação ou falta de iniciativa, o medo do insucesso, a vergonha, a frustração e a depressão... **podem estar presentes;**

...Assim como algum vocabulário ou comportamentos não habituais e menos adequados, **que não devem SER VALORIZADOS.**

COMPORTAMENTOS DE AJUDA À PESSOA AFÁSICA:

- ✓ **Estabelecer e ensinar** forma de pedir ajuda;
- ✓ **Tratá-la** como **ADULTO** que é, estimulando a sua independência e evitando atitudes superprotectoras;
- ✓ **Encorajar** a participação em actividades de grupo e tarefas domésticas;
- ✓ **Realçar** as tarefas que ela pode realizar e que sejam do seu agrado;
- ✓ **Manter** a rotina no horário de actividades;
- ✓ **Simplificar as tarefas diárias**, utilizando fotos, etiquetas nas portas ou gavetas, relógios de alarme para acontecimentos importantes (por ex: a toma de medicação);
- ✓ **Envolvê-la** na tomada de decisão dos aspectos relacionados com a família;
- ✓ **Demonstrar** compreensão e **Aceitar** a sua irritação;

✓ **Ter em atenção** que todas as formas de comunicação (postura, expressão facial, tom de voz...), devem ser **positivas e de apoio;**

✓ **Elogiar** progressos e comportamentos adequados.

Não é um caminho fácil de percorrer e não tem que o fazer sozinho!

O QUE PODE FAZER POR SI PRÓPRIO:

✓ **Informe** as pessoas que sofre de afasia e **Traga** um pequeno cartão consigo, que explique o que é;

✓ **Peça ajuda** à família e aos amigos, partilhe as suas preocupações;

✓ **Prepare** previamente uma conversa mentalmente ou escreva-a num papel;

Mantenha o programa de exercícios iniciado durante o internamento.

Existem alguns apoios à sua disposição:

Associação Nacional de Afásicos (Lisboa)
☎ 218530194 (Telf/fax) ;
Site: www.afasicos.org

Serviço de Reabilitação Geral de Adultos
☎ 231440956 (Telf)

Carla Patriarca, Paula Mendonça - 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém, 2011.

ANEXO VII - Resultado da pesquisa de artigos no cruzamento de descritores

Tabela nº 1 – Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados entre 2009 e 2011, resultantes do cruzamento entre descritores.

CRUZAMENTO ENTRE DESCRITORES	Total Nº de Artigos
Nursing Rehabilitation / Activities of daily living	70
Nursing Rehabilitation / Activities of daily living/ Stroke	56
Nursing Rehabilitation / Activities of daily living/ Stroke / Quality of life	44*

* Total de artigos pesquisados na plataforma de pesquisa, em *full text*, publicados entre 2009 e 2011, resultantes do cruzamento entre descritores.

ANEXO VIII - Tabelas de análise dos artigos selecionados

Tabela nº 2 – Tabela de análise do artigo

Título	Task oriented training in nursing care of patients with stroke: a systematic review (2009)
Autores	Marijke, R.; Marieke, S.; Eline, L.; Thora, H
Métodos	Revisão sistemática - Estudo de série de casos (nível VII de evidência*).
Objetivos	Fornecer uma visão geral das evidências na literatura, sobre o treino orientado de tarefas (marcha, mobilizações e atividades de vida diária) para a formação de sobreviventes de AVC e a sua relevância na prática diária de enfermagem.
Participantes	Pessoas que sofreram um AVC com 65 anos ou mais e de ambos os sexos.
Intervenções	O artigo analisa na sua seleção, 42 estudos de ensaios randomizados e nove revisões sistemáticas. Estes estudos avaliam o efeito a nível da qualidade de vida do treino de várias tarefas de reabilitação implementadas na pessoa que sofreu acidente vascular cerebral. Os resultados importantes foram extraídos e resumidos.
Resultados	-Demonstrou-se que o treino orientado para tarefas da vida diária tem benefícios na função física, proporcionando maior independência funcional, resultado em comparação com terapias tradicionais. -O uso ativo de tarefas orientadas para a formação em sobreviventes de um derrame cerebral, irá levar a melhorias, com resultados positivos na função motora e na qualidade de saúde geral relacionados com a vida. - As intervenções eficazes de relevância para a enfermagem foram: treino no uso de objetos domésticos, treino em sentar-se e colocar-se de pé, deambulação, exercícios de mobilidade do braço hemiplégico e treino de prática mental.

*EBM pyramid and EBM page generator, 20011. Trustees of Dartmouth College and Yale University.

Tabela nº 3 – Tabela de análise do artigo

Título	Nursing Home Resident Outcomes from the Res-Care Intervention (2009)
Autores	Resnick, B.; Gruber, B.L.; Zimmerman, S.; Galik, E; Pretzer.; Russ, K; Hebel, JR.
Métodos	Estudo randomizado controlado (nível IV de evidência*).
Objetivos	Testar a eficácia de um tratamento restaurador (Res-Care), que consiste numa intervenção sobre a função nas atividades de vida diária, força muscular, contraturas, e qualidade de vida dos residentes de lares de idosos, com objectivos secundários em foco no fortalecimento da auto-eficácia e expectativas de resultado.
Participantes	487 Moradores em 12 casas de repouso em Maryland, consentiram e foram elegíveis: 256 a partir de locais de tratamento e 231 a partir de grupos de controlo. A maioria era mulheres (389, 80,1%) e caucasianos (325, 66,8%); 85 (17,4%) eram casados e os restantes, viúvos, solteiros ou divorciados / separados. A média de idade foi de 83,8 anos.
Intervenções	Aplicação de intervenções de enfermagem de reabilitação, ao nível da função motora, força muscular e treino de AVD's, baseadas na motivação para a auto-eficácia, os idosos foram avaliados no início do estudo e 4 e 12 meses após o início da intervenção Res-Care. Os participantes foram avaliados através de várias escalas, nomeadamente: Barthel Index, MIF, força de preensão, Escala de Demência de Qualidade de Vida, auto-eficácia, e Escalas de Resultado de expectativas para a função.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Os resultados demonstraram que, quatro meses após a implementação da intervenção Res-Care, a mobilidade e equilíbrio tinha melhorado nos residentes em locais de tratamento. Após 12 meses, havia menos declínio na marcha nos grupos de tratamento do que os grupos de controlo. Verificou-se melhoria nas habilidades para as AVD's, qualidade de vida, contraturas, e força muscular no grupo de tratamento do que no grupo de controlo. - Aumentar a atividade física pode ter um maior benefício global em termos de humor e independência funcional motora. - Concluíram que melhorar a habilidade para a função, seria posteriormente melhorar a qualidade de vida, embora seja provável que factores além da função têm um efeito maior (factores afectivos) sobre a qualidade de vida em residentes de lares.

*EBM pyramid and EBM page generator, 20011. Trustees of Dartmouth College and Yale University.

Tabela nº 4 – Tabela de análise do artigo

Título	Rehabilitation for older people in long-term care (Review) (2011)
Autores	Forster, A.; Lambley, R.; Hardy, J.; Young, J.; Smith, J.; Green, J.; Burns, E.
Métodos	Revisão sistemática da literatura - Estudo de série de casos (nível VII de evidência*).
Objetivos	Avaliar as intervenções de reabilitação física, dirigida a melhorar a função física entre os idosos em cuidados de longa duração.
Participantes	Pessoas com idade entre os 69 a 89 anos, que apresentavam sequelas neurológicas após AVC, ou limitações funcionais devido ao envelhecimento, que têm residência permanente e a necessitar de cuidados de longo duração. No total, 3.611 participantes com uma idade média de 82 anos, mais de dois terços dos quais eram do sexo feminino.
Intervenções	O artigo faz uma revisão de 49 ensaios, que procuram avaliar os efeitos da reabilitação física (intervenções com base no exercício do corpo). A maioria das intervenções abordadas nestes estudos, têm um enfoque na deficiência da vida diária de rotina, por exemplo, andar, comer e vestir; força muscular; flexibilidade; equilíbrio; a condição física geral; humor e estado cognitivo.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Os estudos atuais fornecem evidências que sugerem, que as diferentes e várias intervenções de reabilitação física estão associados estatisticamente a melhorias significativas em várias medidas físicas e estado mental. - Os participantes com maior fragilidade cognitiva e visual não apresentaram melhorias significativas no autocuidado. O isolamento dos melhores estudos sugere que os participantes mais frágeis podem beneficiar de intervenções individualizadas. - A esmagadora maioria dos ensaios, foram capazes de demonstrar que as intervenções de reabilitação implementadas, tiveram um efeito benéfico sobre a saúde dos seus participantes (estado mental e cognitivo). - Verificou-se uma melhoria nas habilidades para as atividades de vida diária. Tais mudanças, inevitavelmente, aumentam a qualidade de vida, com todos os benefícios que acarreta, o que por sua vez, ainda mais justificam a prestação das intervenções. Além disso, essas mudanças são prováveis incentivos a manter o entusiasmo para o programa entre os participantes, talvez gerando sucesso a longo prazo. - A maioria dos estudos demonstra que muitos tipos diferentes de reabilitação física têm benefícios para a saúde física, com poucos relatos de eventos indesejados relacionados à intervenção.

*EBM pyramid and EBM page generator, 20011. Trustees of Dartmouth College and Yale University.