

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização  
Enfermagem de Reabilitação**

# **INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM TETRAPLEGIA - FASE DE SEQUELAS**

**Ricardo Jorge Vicente Cunha**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização  
Enfermagem de Reabilitação**

# **INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM TETRAPLEGIA - FASE DE SEQUELAS**

**Ricardo Jorge Vicente Cunha**

**Docente Orientador: Professora Maria do Céu Sá**

**Lisboa  
2014**



*“De tudo, ficam três coisas:*

*A certeza de que estamos sempre a começar, a certeza de que é preciso continuar, a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar... portanto, devemos fazer da interrupção um caminho novo, da queda um paço de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro...”*

**Fernando Sabino**

## **AGRADECIMENTOS**

As suas palavras de apreço e agradecimento dirigem-se a todos aqueles que de forma direta ou indireta apoiaram e contribuíram para a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Expressos os seus sinceros agradecimentos à Professora Maria do Céu Lourenço Sá pela sua disponibilidade, apoio e orientação ao longo deste percurso académico.

Aos enfermeiros orientadores nos locais de estágio, pelo seu empenho, dedicação e partilha de saberes, cruciais para a concretização dos objetivos e aquisição de competências na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Aos seus colegas de curso, pelo companheirismo, momentos de partilha, incentivo e amizade.

Aos seus pais, pelo carinho constante e apoio incondicional.

Aos seus filhos, por fazerem parte da sua vida, sendo a sua alegria e por todo o tempo que não lhes foi dedicado.

À sua esposa, pela ausência em situações difíceis e também em tantos momentos especiais, por todo o apoio indispensável, pelo seu amor, amizade, cumplicidade, incentivo, tolerância e compreensão ao longo desta caminhada.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ASIA – *American Spinal Injury Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EUA – Estados Unidos da América

LVM – Lesão Vértebro-Medular

MIF – Medida de Independência Funcional

NSCISC – *National Spinal Cord Injury Statistical Center*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RFSM – Reeducação Funcional Sensório Motora

SCIM – *Spinal Cord Independence Measure* (Medida de Independência na Lesão Medular)

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRA – Serviço de Reabilitação de Adultos

## **RESUMO**

A lesão vertebro medular (LVM) surge como um acontecimento que tem enormes implicações nas funções vitais, sensorio-motoras e no Sistema Nervoso Autónomo.

A pessoa com tetraplegia apresenta-se como o maior exemplo de alterações significativas causadas pela lesão medular.

A transformação física da pessoa apresenta impactos a nível da funcionalidade, tendo repercussões na sua vida pessoal, social e, na maioria das vezes, para o resto da vida.

A intervenção do Enfermeiro junto da pessoa com lesão medular é de grande abrangência e requer dos profissionais conhecimentos adequados à sua situação.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) apresenta competências que lhe permitem intervir junto da pessoa com tetraplegia devido a lesão medular em todas as suas fases, planificando e adequando as suas intervenções de forma a identificar os défices de autocuidado, maximizar as potencialidades da pessoa e prevenir possíveis complicações decorrentes.

O objetivo deste relatório prende-se com a discussão, análise e reflexão sobre as atividades realizadas em contexto de estágio no sentido de aquisição de competências específicas como EEER. Durante este processo de aprendizagem foi realizada pesquisa bibliográfica sobre LVM, tetraplegia e intervenções de Enfermagem de Reabilitação. No sentido de complementar esta aquisição de competências foi desenvolvido um outro estágio na vertente da Reeducação Funcional Respiratória.

A Teoria de Enfermagem que apresenta particular foco de atenção à pessoa com tetraplegia devido a LVM é a Teoria de Dorothea Orem, nomeadamente na sua Teoria do Défice do Autocuidado, uma vez que, assim como nesta teoria, na reabilitação a proposta é a participação ativa da pessoa no seu tratamento, incluindo a definição de metas para alcançar o maior nível possível de autonomia, independência e adaptação a esta nova realidade de vida.

**Palavras-chave:** LVM, Tetraplegia, Autocuidado, Enfermagem de Reabilitação

## **ABSTRACT**

A Spinal Cord Injury can have enormous implications on the vital functions, sensory-motor and autonomic nervous systems.

A person with quadriplegia is a good example of the significant alterations that can occur from spinal cord injuries.

The physical transformation of a person can have a strong impact on the functions of the body, whilst also affecting their personal and social lives. In the majority of cases, these effects can last a lifetime.

Nurse's care varies greatly and requires them to have adequate knowledge of each individual case.

Registered Nurse have the skills to be able to intervene with a person with spinal cord injury, planning and catering their interventions in order to identify the particular areas where self-care is required, maximise the potential of the person, and prevent possible complications from arising.

The aims of this report is to discuss the internship completed and analyse in greater detail the respective activities, in particular, reflecting upon the specific skills acquired while training as a Rehabilitation Nurse.

During this learning process, bibliographic research in the area of Spinal Cord Injury, Quadriplegia and interventions by Rehabilitation Nurses was conducted. The above internship was complemented by another in the field of Functional Respiratory Re-education.

A Nursing Theory which focuses in particular on people with quadriplegia caused by Spinal Cord Injury is Dorothea Orem's Theory about the Deficit of Self-care. Rehabilitation Nursing can empowerment the patient giving him a actively encouraged to participate in their own treatment, including the setting of targets in order to be able to achieve the greatest amount of autonomy and independence as possible, whilst also helping them to adapt to a new way of life.

**Keywords:** Spinal Cord Injury, Quadriplegia, Self-care, Rehabilitation Nursing

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
1.1. Organização e dinâmica dos serviços e sua articulação com outros serviços de saúde.....	26
1.2. Compreensão da atuação do EEER e sua dinâmica com equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade.....	31
1.3. Prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação .....	34
1.4. Consolidação de conhecimentos na área de Enfermagem de Reabilitação sobre reeducação funcional sensório motora à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas .....	36
1.5. Identificação de necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas .....	39
1.6. Planeamento de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas .....	43
1.7. Prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas .....	45
1.8. Promoção da continuidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas.....	55
<b>2. PROCESSO DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: COMPLEMENTARIEDADE NA COMPREENSÃO DA PESSOA COM TETRAPLEGIA DEVIDO A LVM .....</b>	<b>57</b>

<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>64</b>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Projeto de Formação

**APÊNDICE II** - Cronograma de Objetivos planejado no Projeto de Formação

**APÊNDICE III** - Competências, Objetivos, Atividades e Critérios de Avaliação planejados no Projeto de Formação

**APÊNDICE IV** - Guiões de Entrevista e de Observação

**APÊNDICE V** - Formação em Serviço subordinada ao tema: “Autotransplante de Células da Mucosa Olfativa em Pessoas com LVM”

**APÊNDICE VI** - Instrumento para: “Avaliação da Pessoa com Lesão Medular”

**APÊNDICE VII** - Reflexão sobre Percurso de Aprendizagem na Prestação de Cuidados de Reabilitação à Pessoa com Patologia Respiratória

## **ANEXOS**

**ANEXO I** - Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

**ANEXO II** - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ANEXO III** - Requisitos de Autocuidado da Teoria de Dorothea Orem

**ANEXO IV** - Disreflexia Autônoma

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi solicitada a realização do presente relatório na unidade curricular Estágio com Relatório, o qual surge como o culminar de todo um percurso de aprendizagem efetuado ao longo do período de estágio.

Para Sussams (1996), o relatório tem duas finalidades. Primeiro fornece um relato permanente, global e coerente de uma investigação, de um estudo ou de uma pesquisa. Segundo fornece a informação necessária à tomada de decisões. Estas são as razões óbvias, mas que em última análise, poderão parecer ainda mais importantes, em especial para o redator do relatório. A primeira é que a sua forma e qualidade são uma indicação da qualidade do trabalho realizado. A segunda é que o autor do mesmo será, até certo ponto, julgado com base na qualidade do seu trabalho escrito. Sendo que um relatório é uma exposição circunstanciada de factos e atividades desenvolvidas num período de tempo, pretende, através da elaboração do presente documento, fazer uma reflexão escrita e uma exposição clara e dos factos e experiências vivenciadas e das atividades desenvolvidas, a nível técnico, científico e relacional, tendo em conta os objetivos traçados no seu Projeto de Formação (Apêndice I) e sua aplicação em contexto da prática de cuidados, que permitiram a aquisição, mobilização e desenvolvimento de competências que caracterizam o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

As competências segundo Benner (2001), não devem ser a mera passagem do tempo, nem a longevidade, mas o refinamento de noções e teorias pré-concebidas ao encontrar muitas situações práticas reais que acrescentam à teoria *nuances* de diferença.

Subjacente à obrigatoriedade formal da realização deste relatório, está a essência da reflexão. De facto, é necessário refletir antes de agir e de acordo com Melo (2001), a sociedade não se transforma apenas através de grandes reformas,

das mega estratégias, mas estará a evoluir sempre que cada um de nós pensa e age em coerência, visando o aperfeiçoamento próprio e dos outros.

Ao redigir este relatório, considera que o mesmo pode ser tido como registo de toda a experiência vivenciada ao longo deste período de estágio, momento fundamental na aquisição de competências, o que certamente irá condicionar a sua conduta e procedimentos no que diz respeito à prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Martin (1991) refere que é no agir em situação que se desenvolvem as competências ou dito de outro modo, a ciência e a arte dos cuidados formam um todo integrado.

Um estágio, de acordo com Martin (1991), é um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre o professor e o aluno num contexto de trabalho e que permite ao estagiário desenvolver a sua identidade profissional, apreender o seu próprio modo de aprendizagem ou a lançar as bases necessárias à construção dos seus conhecimentos profissionais.

A elaboração deste relatório tem como propósito dar a conhecer as competências específicas que se referem à intervenção do EEER, adquiridas ao longo deste processo de aprendizagem, tendo como principal foco de atenção a compreensão da problemática da promoção do autocuidado na pessoa com tetraplegia, em fase de sequelas, devido a lesão vértebro-medular (LVM).

A escolha da área desenvolvida recaiu sobre a pessoa com lesão medular, a motivação pessoal inerente a este processo de aprendizagem surgiu devido ao facto de desempenhar funções num serviço de neurocirurgia, há cerca de dez anos. Desta forma a vertente de neurocirurgia e neurotraumatologia sempre lhe suscitaram elevado interesse, pelo que, tem procurado ao longo do tempo aprofundar o seu conhecimento.

A Neurocirurgia é uma área de extrema importância no mundo da Saúde, engloba alterações vasculares cerebrais como as malformações arteriovenosas, hematomas subdurais e hemorragias subaracnoideias. Comporta também toda a vertente oncológica que possa afetar o Sistema Nervoso Central, nomeadamente meningeomas, gliomas, astrocitomas, entre outros. Inclui também hérnias disciais e

outras patologias que afetam a coluna vertebral e toda a área neurotraumatológica como é o caso da LVM, normalmente com efeitos de paraplegia ou tetraplegia no indivíduo que a sofre.

Todas estas afeções, entre outras associadas a esta especialidade médico-cirúrgica, têm importantes impactos para a pessoa, para a sua vida pessoal e familiar e na maioria das vezes para o resto da vida. Torna-se então evidente que esta pessoa no decorrer deste processo de transição<sup>1</sup> saúde-doença, apresente uma necessidade de cuidados de enfermagem acrescida.

As necessidades específicas de cuidados que as pessoas com LVM apresentam e as diferentes fases de evolução do mecanismo da lesão sempre lhe causaram algumas questões, nomeadamente em que fase se poderá dar início ao processo de reabilitação, de que forma e com que intensidade. Por outro lado, as características do local onde exerce funções, com a implementação recente de uma Unidade de Cuidados Intermédios capaz de receber e acompanhar este tipo de doentes nas diferentes fases da sua evolução, tornaram relevante uma maior pesquisa e fundamentação nesta vertente, de forma a aprofundar o seu grau de saber, assim como, a aquisição de competências para cuidar de pessoas com este tipo de lesão.

A LVM é, sem dúvida, um tipo de lesão muito grave, pois dá origem a disfunções que influenciam a qualidade de vida de um indivíduo, das múltiplas formas de incapacidade que podem atingir o ser humano, a lesão medular é uma das mais dramáticas. Neste sentido, se pensarmos na importância fisiológica da medula, não só como transmissor de impulsos e mensagens do cérebro para todas as partes do corpo e vice-versa, mas também como um centro nervoso em si próprio, controlando funções como a postura, eliminação vesical e intestinal, função sexual, respiração e regulação térmica, apercebemo-nos das consequências que uma lesão a este nível poderá ter (Faria, 2006).

---

<sup>1</sup> no domínio da enfermagem o conceito de transição é abordado desde a década de 80, sendo Meleis a autora de referência, definindo-o como “... a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta.” (Meleis, 2010, p. 25-26).

A LVM resulta de traumatismos ou doenças que afetam a espinal medula (Linsey, Klebine & Wells, 2000), sendo a mesma provocada por traumatismo mais frequente do que devido a doença.

Numa LVM de origem traumática ocorre, normalmente, uma fratura, compressão ou deslocamento de vértebras que protegem a espinal medula. Os danos são normalmente causados pelos fragmentos de ossos, de discos ou de ligamentos que ferem ou dilaceram a espinal medula e/ou os nervos raquidianos. No caso de se situarem na coluna cervical, podem levar à morte, com exceção dos traumatismos de C1 e C2 que, pelo facto de nesse local a medula só ocupar 35% do espaço do canal medular, não são tão mortais (Padilha, 2001). Como principal causa da LVM de origem traumática surgem os acidentes de viação, pois é provocada por uma ação violenta direta ou indireta contra o organismo, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas, poderá estar em causa uma lesão óssea e/ou da própria medula, desta ação poderá ocorrer compressão, tração ou rotura dos tecidos (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2009b).

As lesões não traumáticas são normalmente provocadas por condições patológicas, como alterações da função vascular, tumores, infeções, malformações e processos degenerativos ou compressivos (Cerezetti, Nunes, Cordeiro, & Tedesco, 2012; Pedro, 2011).

Depois de uma LVM ocorrer, os nervos raquidianos que se encontram na parte superior à lesão funcionam normalmente enquanto os que se encontram no local da lesão ou abaixo, deixam de poder enviar "mensagens" ao cérebro ou a qualquer parte do corpo, como faziam anteriormente (Linsey, Klebine & Wells, 2000; National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2012).

A incidência da LVM traumática nos Estados Unidos da América (EUA) é de 30-60 novos casos por ano por 1.000.000 na população, o que supõe cerca de 10.000 casos novos por ano. Baseado na prevalência estimada, o número de casos varia aproximadamente de 183.000 a 230.000 nos EUA, o que equivale a 700-900 casos por milhão na população (National Spinal Cord Injury Statistical Center (NSCISC), 2006).

Os custos com os tratamentos à pessoa com LVM rondam os 7,7 biliões de dólares anuais nos EUA, 1,5 biliões de dólares no Canadá, 1 milhão de dólares na

Austrália e cerca de 500 mil libras no Reino Unido (International Campaigning for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis, 2004).

Nos EUA, os acidentes rodoviários são a principal causa de lesão medular, com cerca de 48% de incidência (Phipps, Sands, & Marek, 2003). Em Portugal, a causa maioritária das LVM também é traumática e, em 39% destes casos, é devida a acidente de viação. No entanto, também contribuem para a lesão traumática, os acidentes de trabalho, as quedas de altura elevada, as agressões a tiro e atividades como surf, bodyboard, mergulho e parapente, entre outros (Simões, 2008).

Um estudo de incidência mundial realizado sobre a LVM de natureza traumática (Lee, Cripps, Fitzharris, & Wing, 2013), efetuado em 2011, estimou que a taxa de incidência global destes casos seja de 23 casos por milhão, cerca de 179 312 casos novos por ano. Diversas taxas de incidência de países da Europa Ocidental foram reportadas nesse estudo, sendo que a mediana calculada foi de 16 casos por milhão. Num outro estudo realizado por Van den Berg, Castellote, Mahillo-Fernandez, & Pedro-Cuesta (2010) foi referida uma taxa de incidência de LVM traumáticas, em Portugal, na ordem dos 57,8 indivíduos por milhão.

De um modo geral, a lesão traumática, ocorre com mais frequência no sexo masculino do que no feminino (proporção de 8:2) e nos jovens, sendo o grupo etário dos 15-25 anos, o que constitui cerca de 50% das LVM traumáticas (Simões, 2008).

Segundo o estudo realizado nos EUA por NSCISC (2011), verificou-se que a esperança de vida diminui com o aumento da idade da pessoa e com a localização da lesão, quanto mais alta for a lesão menor a esperança de vida. Martins (1999) refere que a mortalidade é muito elevada durante a primeira semana, atingindo o seu máximo nas primeiras vinte e quatro horas. De acordo com (OE, 2009b), quinze a vinte por cento das fraturas resultam em lesão medular; dois terços das lesões são cervicais e as vértebras mais envolvidas são C5 a C7 e T12 e L2.

A American Spinal Injury Association (ASIA) atualizou em 2003 a edição criada em 1996 dos *International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury* (ASIA, 2003), e esta publicação tem como finalidade homogeneizar a classificação da lesão medular. Podemos, deste modo, caracterizar esta patologia quanto ao nível e extensão da lesão (Maynard et al., 1997).

Define-se tetraplegia como a redução ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos cervicais, devido à lesão do tecido nervoso medular. Desta lesão pode resultar a redução ou perda de função nos membros superiores, no tronco e nos órgãos abdominais-pélvicos (ASIA, 2003).

A tetraplegia pode também ser definida como paralisia, a qual de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2011, pode ser considerada como um diagnóstico de enfermagem, sendo descrita como:

processo do sistema musculoesquelético comprometido: condição anormal caracterizada pela perda da função muscular, perda da sensibilidade ou ambas; perda da capacidade para mover o corpo ou partes do corpo, acompanhada de perda de controlo intestinal e vesical e por dificuldade respiratória, associada a agressão, lesão neurológica e muscular ou traumatismo vertebromedular, doença ou envenenamento. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.66).

Os avanços tecnológicos na área da medicina têm permitido aumentar a esperança de vida das pessoas com LVM, crescendo também o número de pessoas que vão necessitar de cuidados de enfermagem, em especial de um sistema totalmente compensatório para a satisfação do seu autocuidado fundamental, como sequelas decorrentes deste problema.

Para compreender as alterações que estes doentes apresentam foi realizada uma revisão da literatura com o objetivo de analisar as tendências da investigação sobre os temas da promoção do autocuidado na pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, com ênfase na literatura nacional e internacional na área de enfermagem.

Foi efetuada pesquisa através das bases de dados EBSCO (*CINHAL Plus with Full Text*; *Medline with Full Text* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*); Scielo e Pubmed, utilizando como principais domínios de interesse: spinal cord injury, tetraplegic, selfcare, nursing, rehabilitation care, rehabilitation nurse, entre os anos de 1989 a 2012.

Quanto ao tipo de estudos foram encontrados estudos quantitativos, qualitativos, retrospectivos, descritivos prospetivos e revisões sistemáticas da literatura. Através da análise destes artigos foi possível descrever diversos eixos temáticos.

No que concerne aos défices de autocuidado da pessoa com tetraplegia, a evidência científica revela a incapacidade para satisfazer o autocuidado nas atividades de vida diárias (AVD) alimentação, higiene, vestuário, mobilidade e transferências, eliminação intestinal e vesical (Meneguessi et al., 2012; Silva, Schoeller, Gelbcke, Carvalho, & Silva, 2012).

No eixo das disfunções secundárias inerentes à lesão medular surge a espasticidade ou hipotonicidade, dor neuropática, disfunção sexual, osteopenia e hipotensão de acordo com os estudos realizados por Meneguessi et al. (2012) e Brunozi, Silva, Gonçalves, & Veronezi (2011). Ainda nesta vertente das principais complicações decorrentes da LVM destacam-se as úlceras de pressão, trombose venosa profunda, infeções do trato urinário e obstipação (Meneguessi et al., 2012).

A investigação evidencia ainda que a pessoa que sofre uma LVM vivencia muitas perdas, comprometendo em variados graus a capacidade para satisfazer o seu autocuidado, levando ao comprometimento da autoimagem, autoestima, do papel social até então desempenhado (Dewis, 1989; Padula & Souza, 2008; Sartori et al., 2009).

Todas as alterações relacionadas com esta afeção têm impacto na qualidade de vida da pessoa e sua família, podendo mesmo gerar a desconstrução da dinâmica familiar e social onde a pessoa está inserida, como é possível constatar nos estudos realizados por Brunozi, Silva, Gonçalves, & Veronezi (2011) e Padula & Souza (2008).

Para De Lisa (2002), a principal ênfase da reabilitação é restaurar a independência<sup>2</sup> da pessoa ou, quando isso não for possível, promover a máxima independência e qualidade de vida, no menor tempo possível, através de um processo dinâmico orientado não apenas para os aspetos físicos, como também para os de natureza mental, espiritual, social e económico.

---

<sup>2</sup> a independência existe quando se consegue alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de ações adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem a ajuda de outra pessoa Carvalhais (2010). Sequeira (2010) refere a independência como um conceito relacionando com a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado.

Os alvos da reabilitação são amplos, devem ser delineados individualmente, com a colaboração da pessoa com o objetivo principal de melhorar a vida, proporcionando uma melhora prática e permanente da função (De Lisa, 2002).

Para Orem, (2001), os enfermeiros devem ser hábeis para tornar os seus clientes agentes do autocuidado e para diagnosticar a capacidade deles para se envolverem como agentes do autocuidado contínuo e efetivo.

As competências do EEER são fundamentais para a reabilitação deste tipo de pessoas, desde o momento do internamento, onde se proporciona o acolhimento, até ao momento da alta, tendo sempre como fim a promoção da autonomia<sup>3</sup> das mesmas.

A vivência da tetraplegia devido a LVM, bem como o confronto com as várias limitações e as sucessivas adaptações a um novo estilo de vida, com repercussões relacionais, sociais, económicas e familiares, requerem o envolvimento e suporte dos vários profissionais e rede social. Nesta conduta, também Hesbeen (2003) defende que o processo de reabilitação, para além da pessoa que recebe cuidados e da sua família, recorre a inúmeros intervenientes, a diversos profissionais. Todos eles, no lugar que ocupam e com a sua profissão ou atividade, contribuem para a cultura da reabilitação, nas instituições ou serviços especializados.

O conceito de reabilitação é definido como “um processo de adaptação e recuperação através do qual um indivíduo em condição incapacitante ou funcionalmente limitada, temporária ou irreversível, recupera o máximo de função e independência, podendo ser de curta duração ou ocorrer ao longo da vida” (Mauk, 2011, p.2). Por sua vez o Ministério da Saúde (2005) considera que a reabilitação se constitui como processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social.

Hesbeen (2003) refere que a reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular, o interesse sentido pelo futuro da pessoa,

---

<sup>3</sup> o Modelo Teórico de Orem tem como conceito subjacente a autonomia. Na sua conceção de autocuidado, entende que o indivíduo procura a perfeição no que diz respeito à sua capacidade de agir. Logo, o objetivo da pessoa é desenvolver a sua autonomia, pelo que os cuidados de enfermagem devem passar por promover o doente como agente do seu autocuidado e, como tal, indivíduo autónomo (Foster & Bennett, 2000; Orem, 2001)

mesmo quando a cura ou a recuperação do seu corpo e regresso à normalidade deixam de ser possíveis. Este interesse pelo outro não pode ser confundido com a ajuda que presta a um indivíduo indeterminado, é o interesse particular, requerido pela singularidade da existência de determinada pessoa.

A reabilitação terá sempre como objetivo identificar o potencial de cada pessoa doente, personalizando as intervenções, no sentido de prevenir ou diminuir a incapacidade<sup>4</sup>. O EEER tem a obrigação de promover as intervenções preventivas da Enfermagem de Reabilitação, não só para assegurar que os doentes conservem as capacidades funcionais, mas também para evitar mais incapacidade, para prevenir complicações, e para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade (Hoeman, 2000).

A LVM tem consequências nefastas na vida do indivíduo em todas as suas dimensões. A pessoa com tetraplegia apresenta-se como o maior exemplo de alterações significativas causadas pela lesão medular. As intervenções do EEER podem auxiliar na conquista de importantes marcos de independência no autocuidado. O acompanhamento da evolução da pessoa com tetraplegia e as contínuas avaliações, recorrendo a escalas de avaliação de funcionalidade adequadas, representa um registo fidedigno do trabalho executado para a pessoa, que vê o resultado do seu trabalho e para o enfermeiro e restantes profissionais, dando visibilidade e cientificidade ao trabalho executado.

A reabilitação da pessoa com lesão medular assume-se como fundamental, de acordo com o estudo apresentado por Sartori et al. (2009) a reabilitação desempenha um papel preponderante tanto em fase aguda como na fase de sequelas, promovendo maior independência e qualidade de vida ao indivíduo com lesão medular. A reabilitação deve incluir a prevenção de alterações e complicações, maximização da função músculo-esquelética e articular remanescente e da função respiratória, digestiva, intestinal e vesical. Deve promover também o treino de AVD, de transferências e mudança de posicionamentos, utilização de cadeira de rodas,

---

<sup>4</sup> de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação.

treino de equilíbrio, aquisição de ortostatismo e possível retorno da marcha com uso ou não de dispositivos de apoio. Os resultados apresentados pelo doente em questão, após ser submetido ao programa de reabilitação, revelaram ganhos importantes de força muscular e na execução de atividades funcionais, quantificados por meio da aplicação das escalas da ASIA<sup>5</sup> e MIF<sup>6</sup> (Medida de Independência Funcional).

Para Hoeman (2000) a Enfermagem de Reabilitação é um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio da doença ou acidente e continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida.

De uma forma geral na pessoa com tetraplegia devido a LVM, existe um estado de transição percorrido entre o estado de saúde e o estado de doença, este processo tem implícita uma condição que limita a capacidade da pessoa para realizar as suas AVD, sendo necessária a intervenção dos outros, enfermeiros ou cuidadores informais. A LVM constitui um grave problema de saúde pública tendo impactos na sociedade, a qual também apresenta um papel de importante relevo na recuperação destas pessoas.

Em enfermagem, os cuidados prestados às pessoas são influenciados pelo modelo de cuidados adotado. Hoeman (2000, p.7) refere que “é reconhecida pelos enfermeiros de reabilitação a utilidade dos múltiplos níveis de capacidade de autocuidado dos utentes concebidos por Orem, a sua atenção ao todo e as suas importantes contribuições para a educação do utente”.

O modelo concetual no qual se apoiou, Teoria de Enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem denominada Teoria do Défice de Autocuidado, baseia-se na

---

<sup>5</sup> a escala da ASIA surgiu em 1984, incorporando a escala de Frankel, a qual definia 10 pares de músculos chave a serem avaliados e criando um *score* (índice) motor. A escala sofreu posteriormente revisões, em 1992, integrou o índice sensitivo. Os índices sensitivo e motor são a soma numérica dos *scores*, refletindo o grau de deficiência neurológica, classificando a lesão medular em cinco categorias, identificadas por letras, de *A* a *E*, sendo que *A* representa a lesão completa e *E* o estado normal (Ditunno et al., 1994).

<sup>6</sup> a escala MIF foi desenvolvida para avaliar e monitorizar o processo de reabilitação de doentes com múltiplas incapacidades e causas subjacentes (Segal, Ditunno, & Staas, 1993). A MIF possui 18 itens, agrupados em 6 áreas de função: autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social. Na área de função autocuidado avalia: alimentação, higiene pessoal, banho (lavar o corpo), vestir metade superior, vestir metade inferior e utilização da sanita. Cada item é avaliado numericamente entre 1 (Ajuda Total) e 7 (Total Independência) (Segal et al., 1993).

premissa de que toda a pessoa adulta tem a capacidade de se autocuidar e, enquanto enfermeiros e futuros especialistas na área de reabilitação, devemos promover o autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade (OE, 2010b). O autocuidado, segundo Orem (1993), é a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e que as pessoas iniciam e desempenham dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal. A autora refere ainda que todo o indivíduo possui habilidades, conhecimento e experiência adquirida que lhe possibilita a realização do autocuidado. Quando um indivíduo, por qualquer motivo, não tem essas capacidades ele necessita que uma segunda pessoa realize por si o autocuidado, e se essa pessoa for o enfermeiro, este é definido como o agente terapêutico de autocuidado (Petronilho, 2012).

O sucesso da reabilitação da pessoa com tetraplegia devido a LVM depende de uma adequada identificação dos problemas e da seleção das melhores alternativas para superar as dificuldades que as pessoas vivenciam. A tetraplegia atinge de forma significativa a percepção que as pessoas têm da sua qualidade de vida, ao se confrontarem com a lesão e as suas limitações, assim como a incapacidade para levar a cabo um projeto de vida. Este tipo de doentes tem características muito específicas, apresentando necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação em diversos níveis, dos quais podemos destacar os prestados a nível motor, sensitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação (vesical e intestinal), sexualidade, entre outros, como referido anteriormente.

Pelo descrito e consciente da responsabilidade da realização de um trabalho deste teor, tendo em vista o desenvolvimento de competências preconizadas para o EEER, definiu os seguintes objetivos, tendo em conta a área problemática delineada:

- Conhecer a organização e dinâmica dos serviços de realização de estágio, e o modo como se articulam com outros serviços de saúde;
- Compreender a atuação do EEER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade nos locais de realização de estágio;

- Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação;
- Aprofundar conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação sobre reeducação funcional motora e sensorial à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;
- Identificar as necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM, em fase de sequelas, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único, nomeadamente no que diz respeito às alterações sensorio-motoras, da alimentação, eliminação e sexualidade;
- Planear cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados, à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, considerando todos os recursos existentes;
- Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados, à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;
- Promover a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas através da articulação com a comunidade com vista à promoção do autocuidado;

No sentido de adquirir competências na área da Reeducação Funcional Respiratória (RFR), de forma a complementar a sua formação, dando resposta às exigências académicas e curriculares preconizadas pela OE, definiu um outro objetivo a desenvolver:

- Identificar, planear e executar cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados, à pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório de acordo com as necessidades de RFR.

Todas as atividades desenvolvidas como meio de atingir os objetivos anteriormente descritos foram baseadas no cronograma de atividades e objetivos, inicialmente realizado na conceção do Projeto de Formação (Apêndice II).

Este relatório para além de uma formalidade académica tem como finalidade: Desenvolver a reflexão escrita acerca da aquisição, mobilização e descrição de experiências e atividades realizadas a nível técnico, científico e relacional que o estágio lhe proporcionou e que considera fundamentais e relevantes para a

aquisição de competências imprescindíveis no âmbito de cuidados diferenciados, que caracterizam o EEER.

Este documento integra, essencialmente, três capítulos distintos, o primeiro dos quais contempla a presente Introdução, onde está contextualizada e justificada a problemática recorrendo aos contributos da investigação. Posteriormente, o segundo capítulo está reservado à descrição e análise do percurso realizado, dando resposta à problemática definida. O terceiro capítulo apresenta o processo de reabilitação respiratória como complemento ao seu percurso. O quarto capítulo elenca a análise e reflexão crítica de aspetos abordados, principais contributos, dificuldades e sugestões. Toda a informação complementar e considerada importante será remetida para anexo. A inclusão dos anexos e dos apêndices que dão suporte a este relatório são apresentados por ordem pela qual são referenciados ao longo do texto.

## **1. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

De acordo com Benner (2001) e Phaneuf (2005), o processo de especialização deve-se não só a um longo período de aprendizagem, mas também na sequência de um extenso e contínuo período de experimentação, acumulando experiências, tendo em conta a aprendizagem ao longo da vida.

Segundo Benner (2001, p.37) “é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a “experiência” e que o conhecimento clínico – mistura entre os conhecimentos práticos e simples e os (...) teóricos brutos – se desenvolve”. As experiências que decorrem em estágio apresentam-se como fundamentais para adquirir a perceção e os atos do enfermeiro perito.

A realização antecipada do Projeto de Formação confirmou a sua importância, a sua preparação e planeamento serviram para que funcionasse como guia orientador deste processo de aprendizagem, permitindo direcioná-lo de acordo com a temática escolhida e o fim ambicionado.

Para poder caracterizar este processo de desenvolvimento, de aprendizagem e de aquisição de competências, foi realizada uma análise crítica e reflexiva sobre a prática clínica sustentada pelos conhecimentos científicos adquiridos através da partilha de saberes e experiências com os diferentes intervenientes.

Este trabalho implicou ainda uma pesquisa bibliográfica sistematizada e transversal a todo o processo de aprendizagem, no sentido de conseguir avaliar a concretização dos objetivos específicos definidos e as correspondentes competências, assim como para sustentar a temática selecionada, suportada em livros técnico-científicos e em artigos científicos. Foram encontrados artigos que sustentam a importância da temática, pelo que serão utilizados neste capítulo a fim de lhe dar suporte.

O estágio decorreu ao longo de dezoito semanas em dois locais de contexto de cuidados distintos, escolhidos de forma estratégica de forma a poder dar resposta aos objetivos preconizados. Os objetivos propostos pretendiam não só ter em conta

as competências de Mestre de acordo com os descritores de Dublin para o 2º Ciclo de formação académica (Direção Geral do Ensino Superior, 2008), mas também ter como foco o perfil de competências comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas do EEER preconizadas pela OE (Anexo I e II respetivamente).

O desenvolvimento das atividades foi também perspetivado tendo por base as competências de EEER, foram definidos indicadores e critérios de avaliação, assim como os recursos a utilizar, de acordo com cada campo de estágio, os quais apresenta de modo sistematizado em forma de tabela para facilitar a sua compreensão (Apêndice III).

A Teoria do Défice de Autocuidado de Orem esteve sempre na base de desenvolvimento deste estágio, orientando a sua prática de cuidados junto da pessoa com tetraplegia devido a LVM bem como aos seus familiares e/ou cuidadores. Esta teoria forneceu sustentação para a sua atuação frente à nova condição de vida destas pessoas, proporcionando o reconhecimento défices de autocuidado e o estabelecimento de sistemas de Enfermagem que orientaram a sua prestação de cuidados.

Ao longo do decorrer deste estágio utilizou como metodologia a análise crítica e reflexiva sobre a sua prática clínica, tendo realizado periodicamente jornais de aprendizagem. Segundo Cabete (2012), o jornal de aprendizagem é um instrumento que conduz à implicação e responsabilização do estudante como ator no seu processo formativo, através da procura do significado das suas experiências, projetando a integração das suas competências e desenvolvimento de uma capacidade de reflexão e análise crítica, indispensáveis ao seu pleno desenvolvimento pessoal e profissional.

Estes momentos de reflexão revelaram também uma necessidade de encontrar suporte na evidência científica, promovendo o seu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, assim como reuniram um conjunto de informações e experiências que constituem uma linha orientadora para a elaboração deste relatório.

Tendo em conta a área problemática em estudo e o contexto clínico onde desempenha funções, no qual de acordo com a sua realidade diária, tem a oportunidade de acompanhar a pessoa com LVM em fase aguda e todos os défices

de autocuidado que essa fase pressupõe, fez-lhe todo o sentido prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa tetraplégica devido a LVM em fase de sequelas, de forma a adquirir uma visão mais ampla do processo de reabilitação da mesma.

Desta forma selecionou um Centro de Reabilitação como campo de estágio capaz de dar resposta aos objetivos definidos para a área problemática escolhida.

Este Centro de Reabilitação, desde a sua constituição, é caracterizado por prestar um serviço de excelência em medicina de reabilitação. Apresenta-se como uma instituição de prestígio, que tem mantido ao longo dos anos um elevado nível de qualidade na resposta às necessidades do seu público-alvo, orientado para um investimento cada vez mais forte na neuro-reabilitação.

Recebe pessoas com deficiência e potencial de reabilitação de qualquer ponto do país e mesmo de países estrangeiros, estando vocacionado para a reabilitação de pessoas portadoras de deficiência de predomínio físico, tanto congénita como adquirida, de qualquer idade. É um centro de referência a nível nacional na prática de reabilitação de pessoas e famílias de traumatismos neurológicos o qual visa providenciar e diligenciar, no máximo grau possível, a autonomia do utente, a sua dignidade e autoestima, os seus direitos de cidadania e o seu envolvimento no tratamento.

O centro tem como recursos humanos, profissionais de elevada diferenciação científica e profissional, de comprovada competência e cariz humanista orientado para as necessidades da pessoa doente.

Apresenta também como missão apoiar a formação e investigação dos profissionais em várias áreas da reabilitação, tendo sido uma instituição pioneira no que diz respeito à formação dos primeiros EEER.

O estágio neste contexto de cuidados iniciou-se com a incursão na Unidade Terapêutica de AVD, ao longo de duas semanas, momento mais vocacionado para compreender a intervenção do EEER no treino de AVD. A finalidade desta unidade terapêutica prende-se com os objetivos de avaliar, orientar e treinar pessoas, na execução das AVD, assim como otimizar a sua autonomia, orientar pessoa e família sobre ajudas/produtos de apoio mais adequados para a satisfação do seu autocuidado com segurança e menor dispêndio de energia e realizar ensino a

familiares de pessoas mais dependentes de forma a rentabilizar o seu esforço na prestação de cuidados.

As restantes dez semanas referentes a este período de estágio desenvolveram-se num Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA), serviço onde, inicialmente, eram apenas prestados cuidados de reabilitação a pessoas maiores de dezoito anos, de ambos os sexos com sequelas de lesões medulares, motivo pelo qual serviu de critério de seleção de acordo com a área temática em questão. Atualmente devido à elevada prevalência de outras patologias, este serviço recebe também pessoas em recuperação de sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), motivo que permitiu também desenvolver competências adicionais às definidas no Projeto de Formação.

Deste modo, este período de estágio promoveu a aquisição de competências ao nível do processo de reabilitação e promoção do autocuidado da pessoa com LVM, bem como de pessoas com outros tipos de afeções, tanto no que diz respeito à reeducação funcional sensório motora (RFSM), como à reeducação funcional respiratória (RFR), pois devido às características das pessoas que se apresentam neste processo de transição saúde/doença, eram vertentes indissociáveis.

Considerando a RFR uma complementaridade na compreensão da pessoa com LVM, assim como a prestação de cuidados à pessoa com alterações respiratórias uma vertente fundamental para a aquisição de competências noutra área de intervenção indispensável à obtenção do grau de especialista, desenvolveu o seu estágio num Núcleo de Enfermagem de Reabilitação de um hospital vocacionado para o tratamento de doentes com patologias graves do foro cardíaco e renal, ao longo de seis semanas, no qual o EEER presta cuidados de enfermagem de reabilitação especializados na vertente respiratória e motora nos períodos pré-operatório, pós-operatório imediato e pós-operatório tardio da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, tendo em conta a articulação entre a individualidade e particularidade de cada pessoa e a sua situação de doença. Este momento de aprendizagem complementar será abordado no capítulo número dois deste relatório.

Ao atingir a fase final de todo este processo de aprendizagem é com enorme satisfação, que nos seguintes subcapítulos procurará apresentar o seu percurso de

aquisição de competências, tendo por base a motivação pessoal, os objetivos delineados e os pressupostos referidos.

A prática baseada na evidência e a pesquisa científica é, segundo Polit & Hungler (2000), promotora de altos padrões de qualidade dos cuidados e o caminho para o fortalecimento da identidade da enfermagem, pressupostos constantes e transversais a todo o processo de formação.

### **1.1. Organização e dinâmica dos serviços e sua articulação com outros serviços de saúde**

O processo de integração profissional apresenta-se como ponto fulcral para a aquisição de competências em qualquer dimensão do cuidar, assim todos os momentos de estágio foram precedidos de um estudo de campo aos diferentes contextos, confirmando a sua capacidade para dar resposta aos objetivos preconizados. Para esse efeito foram elaborados guiões de entrevista e de observação como método de estruturação desse estudo, (Apêndice IV). As reuniões foram realizadas em período pré-praxis, com o objetivo de identificar os tipos de patologias, limitações funcionais, necessidades de formação e de realização de pesquisa bibliográfica e divulgação do seu Projeto de Formação.

A realização deste estudo de campo não seria por si só uma estratégia esgotada para dar resposta a este objetivo, tendo sido atingido não só pela observação, mas também pela conversa, com enfermeiros chefe, enfermeiro orientador e mesmo outros enfermeiros dos locais de estágio sobre diversas situações que foram surgindo ao longo do processo de aprendizagem.

Durante a integração neste contexto de cuidados, diferente da sua prática diária de cuidados, sentiu a exigência de uma maior intensidade na contínua pesquisa bibliográfica, de forma a aprofundar os seus conhecimentos sobre as patologias mais frequentes, défices de autocuidado existentes, assim como a necessidade de prestação de cuidados de reabilitação.

O primeiro desafio que encontrou foi o seu envolvimento no seio da equipa de saúde. A importância deste momento é realçada por Frederico & Leitão (1999), que referem que “é no primeiro contato que se cria ambiente favorável à integração, uma vez que as atitudes do recém-admitido serão influenciadas pela impressão obtida no

seu primeiro contato com a instituição”. Desta forma adotou como estratégia uma integração progressiva como meio de conquistar a confiança dos elementos do serviço e do seu enfermeiro orientador. A integração na dinâmica de cada contexto de cuidados foi gradual, tendo decorrido de forma exemplar, permitindo a partilha de conhecimentos, através de um mútuo respeito pela intervenção de cada profissional, tornando-se, desse modo, determinante no processo de aprendizagem e aquisição de competências.

O segundo desafio centrou-se na consulta, observação e análise de documentos e protocolos do serviço e da instituição, como meios facilitadores da sua integração e fundamentais como suporte da sua posterior dinâmica de cuidados.

A organização e dinâmica dos serviços passam essencialmente pelo conhecimento da estrutura de cada instituição, pelo que considera importante traçar uma visão global sobre os campos de ação onde se desenvolveu este estágio que deu resposta à temática selecionada, com o intuito de discutir posteriormente esta implicação nos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.

Neste contexto iniciou o seu processo de aprendizagem na Unidade Terapêutica de AVD, a qual se apresenta como um dos diversos departamentos que se encontram interligados no plano de reabilitação, onde se incluem a Fisiatria, Assistência Social, Psicologia, Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional.

Apresenta como principal objetivo, a avaliação, orientação e treino de pessoas, na realização das suas AVD, e conta como recursos humanos com uma Enfermeira Coordenadora, oito EEER e uma Assistente Operacional, apresentando como horário de funcionamento, o período compreendido entre as 9 e as 18 horas.

A Enfermeira Coordenadora que assegura a chefia do serviço é responsável pela gestão dos recursos humanos e materiais, assim como pela gestão de cuidados.

Cada EEER desta unidade terapêutica tem a liberdade de poder organizar o seu horário com o utente, normalmente com a duração de trinta minutos, tendo no entanto de ter em conta a sua articulação com os outros departamentos.

Normalmente, cada EEER é responsável pelos utentes de um determinado serviço de internamento, realizando o seu acompanhamento desde a sua admissão até ao momento da alta, no entanto existe um espírito de entre ajuda entre os vários

elementos, podendo um utente realizar treino de AVD mesmo que o EEER responsável por si se encontre ausente.

O utente admitido é submetido a uma avaliação nos diversos departamentos durante a primeira semana. Em conjunto com o EEER são delineados objetivos a atingir na satisfação das AVD, os quais serão debatidos posteriormente com a restante equipa multidisciplinar na reunião de objetivos que se realiza na segunda semana de internamento. Os objetivos são definidos de uma forma realista de acordo com as potencialidades e capacidades de cada utente. No período intermédio do internamento é realizada uma reunião de reavaliação, onde são discutidos e reajustados os objetivos pré definidos. Posteriormente será marcada uma reunião de família onde são abordados aspetos como a avaliação dos objetivos iniciais, perspetivas futuras, preparação para a alta e aconselhamento sobre produtos de apoio que sejam necessários. No final do internamento é realizada uma reunião de alta/regresso a casa.

Nesta Unidade Terapêutica são prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação com suporte teórico e científico, no entanto individualizados a cada utente como uma pessoa na sua vertente holística.

Como recursos materiais, nesta unidade terapêutica todo o material existente tem como destino o treino de AVD, dos quais podemos destacar três unidades com cama, três cadeirões de diferentes alturas (para realização de transferências entre cadeira de rodas e cadeirão), uma banheira com vários varões de apoio, podendo ser equipada com cadeira de banho rotativa ou tábua de banho (plástico e metal), uma sanita com varões de apoio, um lavatório e um espelho inclinado, uma cadeira de baloiço, uma cadeira de banho, um andarilho, uma pirâmide, um par de canadianas, três armários com diverso material de apoio como tábuas de transferência, dispositivos para compensação de altura da sanita, alcançadores de objetos, dispositivos de apoio para o vestuário, entre outros. Existe, no entanto, mais material de apoio que pode ser requisitado ao armazém, de acordo com a necessidade dos utentes.

Para a realização de registos informáticos contam com quatro computadores, existindo também material de escritório, de higiene e de separação de resíduos hospitalares.

Numa fase seguinte e com maior ênfase, continuou o seu processo aprendizagem e aquisição de competências num SRA, ao qual podem aceder utentes do Serviço Nacional de Saúde, beneficiários de subsistemas de saúde e de outras identidades.

O internamento propriamente dito é precedido de uma consulta, na qual o Fisiatra, médico responsável pela admissão, faz a avaliação do utente, verificando se este tem condições e potencial de desenvolvimento que lhe permitam ficar internado na instituição. Normalmente, existe um período de espera entre a consulta e o internamento, visto as vagas disponíveis serem muito escassas.

Posteriormente o utente é chamado para a sua admissão, durante a primeira semana é submetido a uma avaliação inicial efetuada pelos diversos profissionais de saúde implicados no seu processo de reabilitação. Após avaliação do utente é realizada uma reunião de objetivos, na qual cada profissional de saúde apresenta a sua apreciação específica e os objetivos delineados em conjunto como utente, discutindo a sua exequibilidade que depois se reflete no planeamento do processo de reabilitação. A partir deste momento, o utente realiza atividades terapêuticas nos diversos departamentos, assim como na enfermaria, de acordo com o planeado.

No período intermédio do internamento é realizada uma reunião de reavaliação, seguidamente uma reunião com a família, onde é iniciada a preparação para a alta em conjunto com o familiar cuidador e finalmente, coincidindo com o término do internamento é realizada uma reunião de alta, onde é efetuada a avaliação global do internamento, objetivos atingidos e não concretizados, assim como detetada a necessidade de um reinternamento futuro.

As famílias têm um papel ativo nos cuidados, podendo solicitar uma reunião com a equipa, a fim de tomar conhecimento dos progressos do seu familiar e expor as suas dúvidas. A envolvência da família durante o internamento, as competências que detêm para cuidar do seu familiar em situação de dependência no regresso a casa, as dificuldades sentidas são assuntos também discutidos em reunião de equipa, tomando todos os profissionais conhecimento da situação familiar e social da pessoa internada.

Este conhecimento visa a preparação para a alta, eficaz e atempada, permitindo mobilizar os recursos necessários, entrar em contacto com as entidades

capazes de dar apoio na comunidade, indo de encontro com o que é dito por Hesbeen (2003, p.69) “ o valor de uma equipa manifesta-se pela capacidade que os diferentes prestadores de cuidados desta equipa têm para, com os recursos de que dispõem, articular com os meios de modo a oferecerem à população uma verdadeira combinação de competências”.

Este serviço apresenta capacidade para 32 utentes, distribuídos por um quarto de duas camas e cinco enfermarias com seis camas cada, onde são prestados cuidados de reabilitação a adultos de ambos os sexos com sequelas de AVC e LVM.

Possui, na constituição da sua equipa, Fisiatras, EEER, Enfermeiros Generalista, Assistentes Operacionais e Administrativos.

No que diz respeito ao método de trabalho da equipa de enfermagem, desde o momento da admissão, o utente tem um enfermeiro responsável por si, respondendo pelos cuidados de enfermagem prestados até à alta.

O horário diário do SRA divide-se em três turnos, Manhã, Tarde e Noite. No turno da Manhã está presente a Enfermeira Chefe e geralmente seis Enfermeiros Generalistas, tendo um assistente operacional distribuído por cada enfermaria. Os EEER normalmente fazem apenas o turno da Tarde para dar continuidade aos cuidados de reabilitação que durante a manhã decorrem nos diversos departamentos. A exceção de um EEER realizar Manhã, é no sentido de dar apoio à coordenação do serviço. O turno da Tarde inicia-se às 15 horas e 30 minutos e conta com a presença de três EEER, à exceção da quarta-feira em que são quatro elementos, pois um fica responsável pela realização de uma sessão de RFR com o objetivo reduzir o risco de complicações respiratórias. O turno da Noite começa pelas 23 horas, ficando de serviço um Enfermeiro Generalista e um Assistente Operacional. Durante este turno, existe sempre um EEER de apoio a toda a instituição, localizado num dos serviços de internamento, podendo em qualquer momento ser contactado pelo telemóvel de serviço.

É de salientar que o SRA possui diverso material e equipamento, de forma a sustentar as boas práticas de reabilitação, indo de encontro às necessidades de cada pessoa: para promover a expansão pulmonar e limpeza das vias aéreas dispõe de bastões e inspirómetros; de modo a facilitar a prestação de cuidados de higiene existem macas banheira, cadeiras higiénicas e tábuas de banho; para a realização

de levantar e transferências existem diversos tipos de cadeiras de rodas, elevador hidráulico e elétrico (suspenso no teto) com lonas próprias, cintas de segurança, cintos e tábuas de transferência e superfícies de trabalho; para a prevenção de úlceras de pressão existem diferentes tipos de almofadas anti escara; para realização de terapia de pressão em utentes com distúrbio do tônus muscular existem talas de pressão de Margaret Johnstone; dispõe ainda de diferentes auxiliares de marcha, alteadores de sanita e *kit* para avaliação da sensibilidade, podendo ser requisitado ao armazém mais material de acordo com a necessidade dos utentes.

Como impacto inicial e logo na primeira reunião de passagem de turno a que assistiu, o sentimento com que ficou foi de ansiedade e algum desapontamento, visto que a maioria de utentes que se encontravam internados apresentavam sequelas de AVC, facto que o fez temer não conseguir desenvolver aos principais focos de atenção delineados no seu projeto, no entanto, após ocorrência de altas de alguns utentes, deram entrada diversas pessoas com diagnóstico de LVM que permitiram a operacionalização dos objetivos estabelecidos.

De acordo com a sua vivência no período de integração neste contexto de cuidados, desde logo teve a oportunidade de adquirir a noção da sua enorme riqueza, que lhe permitiu adquirir as competências junto da pessoa com LVM (com tetraplegia e paraplegia), tendo no entanto ao mesmo tempo a oportunidade de conviver e cuidar diariamente de pessoas com sequelas AVC, tendo enriquecido a sua práxis como aluno e futuro EEER.

## **1.2. Compreensão da atuação do EEER e sua dinâmica com equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade**

A aquisição de competências como EEER inicia-se pela perceção e compreensão da metodologia de trabalho, prática de prestação de cuidados de enfermagem generalistas e de reabilitação e compreensão da sua articulação com restante equipa multidisciplinar e comunidade.

Os cuidados de enfermagem têm por objetivo a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (Hesbeen, 2003). Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo de vida, prevenir a doença e promover os processos de

readaptação após a doença, assim como a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a maximização da independência na realização das AVD, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, que frequentemente são alcançáveis através de processos de aprendizagem da pessoa (OE, 2003).

O SRA apresenta frequentemente internadas pessoas com sequelas de LVM e de AVC, no entanto, esporadicamente surgem pessoas com sequelas de doenças degenerativas do Sistema Nervoso, como é o caso da Esclerose Lateral Amiotrófica.

A intencionalidade de referir estas afeições prende-se com razões de natureza concetual e prática, pois elas impõem um quadro singular de défices de autocuidado que, naturalmente irão definir as diferentes necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, demonstrando a crucial importância da intervenção do EEER neste contexto.

No momento de admissão e acolhimento do utente, é designado um EEER, que ficará responsável por toda a prestação de cuidados de enfermagem. É realizada a colheita de dados e avaliação das capacidades funcionais, dos problemas existentes, condições familiares e cuidadores informais, dispositivos de apoio que possui, situação social e habitacional, de modo a estabelecer os objetivos a delinear no plano de cuidados.

Os utentes têm então um plano de atividades delineado, a realizar nos diversos departamentos, resultante da discussão entre os vários profissionais de saúde, aquando da reunião de objetivos. O EEER tem de ter em conta as características, as crenças, os valores, os gostos, as motivações e encarar a pessoa de forma holística, de modo a poder envolvê-la no seu processo de reabilitação.

Nas reuniões de passagem de turno, conceito normalmente utilizado de forma corrente na prática de enfermagem, que se refere à transmissão verbal de informação com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto modelo de análise de práticas e de formação em serviço (OE, 2001), esse planos de cuidados são apresentados e explicados à equipa de enfermagem, com o objetivo de garantir a continuidade da prestação de cuidados e o sucesso do referido programa/plano. O EEER assume portanto, naquele momento, um estatuto decisivo junto dos seus pares no que respeita à evidência das suas

competências e à partilha dos seu conhecimentos, dando cumprimento à premissa da OE, que advoga que o Enfermeiro Especialista “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na sua área de especialidade” (OE, 2009c).

Preferencialmente no turno da tarde, contando com a presença de três EEER, são prestados cuidados de enfermagem de reabilitação, funcionando como complementaridade e continuidade do programa de reabilitação instituído nos diversos departamentos. A sua intervenção tem por base objetivos definidos de forma realista, de acordo com a potencialidade e capacidade de cada pessoa, agindo sempre de forma a promover a manutenção dos requisitos de autocuidado.

No que concerne à sua articulação com restante equipa multidisciplinar, por vezes parece existir alguma dificuldade, no entanto é solucionada através de diálogo e esclarecimento de dúvidas e situações que possam surgir. É notória a delimitação das responsabilidades inerentes a cada categoria profissional.

Teve também oportunidade de constatar que existe uma relação de respeito e confiança pela intervenção desenvolvida pelo EEER no seio da equipa multidisciplinar, pela sua capacidade de liderança e tomada de decisão. A sua ação é baseada em conhecimentos científicos mediados pela evidência, permitindo uma prestação de cuidados direcionada para a maximização das capacidades da pessoa.

Os registos diários de enfermagem são realizados em suporte de papel, ficando no processo do utente. Efetuados tendo por base a linguagem utilizada no documento orientador da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) para a classificação de doentes, sistema existente no SRA, o qual é utilizado para gestão do serviço, definição de objetivos e avaliação dos profissionais e dos cuidados prestados. Por outro lado, o planeamento global dos cuidados de enfermagem generalistas e de reabilitação é realizado em suporte de papel e armazenado em pasta própria.

O EEER apresenta sempre como preocupação o envolvimento da família no acompanhamento da pessoa dependente, sendo planeadas, realizadas e validadas sessões de educação para a saúde à pessoa e seus familiares cuidadores, permitindo uma adequada preparação para o regresso a casa. Tendo por base a promoção da continuidade da prestação dos cuidados de reabilitação através da

articulação com a comunidade, é realizado um adequado encaminhamento, sendo contactados EEER e elaborada carta de alta com orientações, de modo a permitir a manutenção do processo de reabilitação.

### **1.3. Prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação**

O enfermeiro na sua atividade profissional age e toma decisões com base em saberes científicos, estando sempre subjacente uma conduta responsável. Quem assume responsabilidades, assume também compromissos que estão relacionados com a sua profissão, compromissos esses para com o próprio, mas também para com a sociedade a que presta serviço. A prestação de cuidados de enfermagem encontra-se alicerçada no respeito pelos Direitos Humanos, tal como consta no Código Deontológico do Enfermeiro, no Regulamento de Exercício Profissional e na Carta dos Direitos e Deveres do doente. De acordo com o artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro, “o enfermeiro assume o dever de ...b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”(OE, 2009a).

Segundo a Carta dos Direitos e Deveres, “o cliente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas” (Direção Geral de Saúde (DGS), 1996). Uma vez que cada utente é uma pessoa com as suas convicções culturais e religiosas, as instituições e os prestadores de cuidados de saúde têm, assim, de respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação.

De todos os profissionais que fazem parte da equipa de saúde, são os enfermeiros que permanecem mais tempo com as pessoas doentes. A sua posição junto destas não se guia pelos princípios da boa vontade de cada um, mas por normas éticas, deontológicas e legais.

As normas deontológicas definem o comportamento dos enfermeiros, tendo como referência aquilo que a comunidade e cada um dos cidadãos espera da sua atuação, não sendo mais do que o cuidado devido e o respeito pelos seus direitos, não só o direito a cuidados, mas os direitos à sua pessoa, enquanto alvo de cuidados.

O Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 78º refere: “ As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade, da dignidade da pessoa e do enfermeiro” (OE, 2009a).

Toda a sua prática profissional no decurso deste estágio foi pautada pelos princípios éticos e deontológicos, tendo sempre em vista a pessoa como um ser holístico. Desenvolveu intervenções de Enfermagem de Reabilitação, tendo envolvido o utente nesse processo e participou na tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar respeitando o princípio dos valores humanos, do direito à vida e à qualidade de vida, do direito ao cuidado, do dever de informação, do dever de sigilo, do respeito pela intimidade, do respeito pelo doente terminal, da excelência do exercício, da humanização dos cuidados, dos deveres para com a profissão, do dever para com as outras profissões e do dever para com a comunidade, aplicando e respeitando o Código Deontológico do Enfermeiro, regulamentado pelo Dec. Lei Nº 111/2009 de 16 de Setembro, inserido no estatuto da OE.

Estabeleceu com os utentes e seus familiares/cuidadores uma relação terapêutica, possibilitando uma comunicação eficaz, fundamental para o processo de reabilitação. Valorizou também todos os hábitos e preferências das pessoas recetoras dos seus cuidados (alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilização, sono e repouso). Realizou registos de Enfermagem de Reabilitação que permitiram garantir a continuidade dos cuidados prestados, tendo presente a máxima ética “cuida como a pessoa gosta de ser cuidada ou quer ser cuidada” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

#### **1.4. Consolidação de conhecimentos na área de Enfermagem de Reabilitação sobre reeducação funcional sensório motora à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas**

No sentido de dar prossecução ao processo de consolidação de conhecimentos na área de Enfermagem de Reabilitação de acordo com a temática selecionada, o mesmo foi trabalhado e desenvolvido desde o momento da idealização do projeto até ao contato efetivo com as pessoas que teve oportunidade de cuidar.

Tendo como pressuposto inicial a fundamentação teórica apresentada no seu projeto e resumida na introdução deste relatório, aprofundou e mobilizou os conhecimentos teóricos e práticos das várias unidades curriculares, deu continuidade à pesquisa bibliográfica neste âmbito para dar resposta às suas dúvidas, exigências e também às necessidades dos utentes e seus familiares, permitindo uma prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação cada vez mais fundamentada e especializada, tendo por base a evidência científica.

Analisando a sua aprendizagem, pode inferir que embora tenha adquirido um elevado grau de saber nesta vertente, tal não é o suficiente para desenvolver um processo de Enfermagem de Reabilitação, não basta o conhecimento sobre a fisiopatologia e tudo o que lhe é inerente, pois cada pessoa tem particularidades, apresenta características únicas que lhe conferem a sua identidade, tendo de ser encarada de uma forma holística, de modo a poder envolvê-la no seu processo de reabilitação.

A lesão medular é uma das situações mais dramáticas que pode acontecer na vida de uma pessoa. Na grande maioria dos casos, instala-se subitamente e afeta de forma grave e frequentemente irreversível as capacidades e funções do indivíduo (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), 2012).

As sequelas deste tipo de lesão interferem na qualidade de vida e na capacidade funcional destas pessoas, sendo habitual a dependência de cuidados de terceiros, assim como a existência de limitações que se prolongam para toda a vida (Oliveira, 2010).

A situação de tetraplegia leva a pessoa a confrontar-se com enormes limitações e com a incapacidade em levar a cabo um projeto de vida. Por outro lado,

qualquer melhora no seu processo de reabilitação, o apoio emocional da família, a ocupação e o facto da pessoa poder pensar nas suas capacidades, são fatores que podem permitir um maior bem-estar, uma maior autoconfiança, podendo voltar a organizar e planear a sua nova condição de vida.

A pessoa com LVM tem características muito específicas nas quais estão implícitas todas alterações provocadas pela lesão, sendo estas ao nível do Sistema Nervoso Autónomo, função respiratória, sensório-motora, do autocontrolo do padrão de eliminação (urinário e intestinal), da sexualidade, e toda a componente psicológica e emocional daí decorrente. Toda esta situação provoca um elevado grau de défice de autocuidado, e uma grande necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Os cuidados prestados pelo EEER tornam-se fundamentais, primeiro iniciará por realizar uma correta avaliação neurológica de modo a poder identificar as funções alteradas na pessoa, nomeadamente a nível da mobilidade, padrão intestinal e vesical, e sexualidade. Segundo realiza intervenções específicas e adequadas que têm como objetivo maximizar as capacidades e as competências funcionais de cada pessoa, ajudando-a a refazer o seu projeto de vida, sendo fundamental uma abordagem holística, que incida não só nos problemas clínicos, mas que tenha em conta também os aspetos emocionais, sociais, ocupação de tempos livres e formação, para uma melhoria da qualidade de vida, maior capacidade de satisfação do autocuidado e reintegração na sociedade.

No que concerne à formação em serviço, em conjunto com o Enfermeiro Orientador e a Enfermeira Chefe do Serviço, através da contínua partilha de conhecimentos, verificou-se a necessidade de abordar um tema, que devido ao facto de ser algo pouco divulgado, nunca ter sido abordado no centro de reabilitação e se apresentar como um tema pertinente neste tipo de pessoas com LVM, foi sugerida a realização de uma formação sobre “O Autotransplante de Células da Mucosa Olfativa em Pessoas com LVM”, visto ser um projeto desenvolvido na Instituição e mais especificamente no Serviço onde exerce funções, Serviço pioneiro na realização desta técnica. O outro motivo prendeu-se com o facto de já ter acompanhado o internamento e ter alguma experiência na prestação de cuidados específicos de enfermagem que estão inerentes a estas pessoas.

A apresentação desta formação teve lugar no dia 28 de Janeiro de 2014 (Apêndice V), a qual decorreu da forma como foi planeada, tendo contado com bastantes participantes, os quais demonstraram interesse, revelando-se participativos durante a sua realização, e aproveitamento sobre os conhecimentos partilhados. Permitiu a partilha da experiência e conhecimento sobre o autotransplante de células da mucosa olfativa em pessoas com lesão medular, demonstração da importância deste tipo de células, descrição de requisitos e breve resumo da técnica cirúrgica utilizada e apresentação de resultados evidenciados na pessoa com lesão medular após realização do autotransplante.

No final da sessão, esta foi considerada pertinente pelos seus destinatários, na medida em que os enfermeiros reconheceram que a temática se apresentou como novidade, demonstrando ser uma técnica inovadora, que devolve esperança a pessoas com graves sequelas de LVM, assim como permitiu a aquisição de conhecimento sobre a intervenção do enfermeiro no período pré e pós cirurgia.

Com o intuito da realização desta formação, realizou uma pesquisa bibliográfica tanto em bases de dados informáticas, como na biblioteca e arquivos do Hospital de Egas Moniz de forma a poder fundamentar adequadamente este tema, assim como adquirir conhecimentos sobre a aplicação deste projeto em pessoas com sequelas de LVM e quais as suas mais-valias para a promoção do autocuidado.

No âmbito da formação em serviço teve a oportunidade de assistir à ação de formação apresentada pelo seu Orientador em conjunto com outro EEER, a qual tinha como tema central “Sexualidade da pessoa com lesão medular”, realizada no dia 6 de Dezembro de 2013, contribuindo para a sensibilização a novas atitudes e consolidação de conhecimentos dentro da área temática selecionada.

Ainda dentro deste objetivo, contribuindo para o aprofundamento do saber nesta vertente, foi-lhe proposto pelo Enfermeiro Orientador a elaboração de uma pesquisa sobre qual seria o modo mais correto para realizar a avaliação inicial de um doente com LVM, por forma a efetuar uma completa avaliação neurológica, detetar todos os défices de autocuidado, assim como o potencial de recuperação da pessoa, com a finalidade de concretizar um adequado planeamento de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, pessoal e individualizado, tendo em conta toda a especificidade da pessoa. A apresentação deste trabalho será descrita no seguinte

subcapítulo, quando for abordado o tema que tem por objetivo a identificação de necessidades específicas de intervenção do EEER à pessoa com tetraplegia.

Todos estes factos permitiram desenvolver outras competências gerais como Enfermeiro Especialista nomeadamente ao responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho dentro da sua área específica da especialidade, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento da mesma área de especialidade, de acordo com o descrito pela (OE, 2010a) no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

### **1.5. Identificação de necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas**

Benner (2001) considera que a prática de enfermagem implica que se assuma uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem as práticas de cuidados. A intenção antecede a tomada de decisão enquanto organizadora da função, permitindo explicar e particularizar cada ato, inserindo-o numa estrutura que lhe dá sentido (Boterf, 1994).

A avaliação inicial surge como a primeira etapa do processo de enfermagem, é decisiva para a conceção, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados, o que lhe acrescenta qualidade, mas especialmente individualidade. Deve ser rigorosa e capaz de descrever com pormenor a condição de saúde permitindo deste modo, inferir e enunciar o diagnóstico de enfermagem, tendo como objeto o planeamento e conseqüente prestação de cuidados à pessoa.

O autocuidado refere-se à *“prática e atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”* (Orem, 2001, p.43). O défice de autocuidado é um termo que exprime a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de autocuidado (Orem, 2001). O requisito de autocuidado é um conceito abstrato que, quando expresso em termos de limitações de ação, fornece orientações para a seleção de métodos de auxílio e compreensão da intervenção da pessoa no autocuidado.

Assim, o processo de identificação dos requisitos de autocuidado da pessoa com tetraplegia devido a LVM apresenta-se como um momento fundamental para a definição da intervenção do EEER, entendida dentro da Teoria dos Sistemas de Orem, na qual é determinado como é que os enfermeiros, os doentes ou ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado do doente (Petronilho, 2012).

Na identificação de necessidades específicas de intervenção do EEER considerou sempre a complexidade e singularidade da pessoa enquanto ser único, procurando obter informações sobre a pessoa com tetraplegia devido a LVM, ao mesmo tempo que se ia familiarizando com protocolos/normas do serviço, constituição do processo clínico, instrumentos de registo, escalas utilizadas, e registos de enfermagem de reabilitação.

No SRA coincidindo com o momento de acolhimento do utente é realizada a colheita de dados e avaliação das capacidades funcionais, dos problemas existentes, condições familiares e cuidadores informais, situação social e habitacional (tipo de habitação e quais as principais barreiras arquitetónicas que dificultam o processo de reabilitação), existência, ou não, de dispositivos de apoio que favoreçam a readaptação da pessoa com mobilidade reduzida, de modo a estabelecer os objetivos a delinear no plano de cuidados. Na avaliação das atividades dos doentes é usado pelos enfermeiros o modelo teórico de enfermagem de Nancy Rooper.

Face às necessidades destes doentes, Orem (2001) refere que uma expressão mais detalhada dos requisitos de autocuidado oferece um guia ao enfermeiro, relativo ao tipo de conhecimento necessário para compreender apropriadamente a natureza do requisito, incluindo os mecanismos de regulação interna, bem como as escolhas da pessoa para a sua própria regulação, orientando as principais intervenções de enfermagem.

De referir que também é dada enorme importância à aplicação das escalas que avaliam a dor (Escala Analógica da Dor), o risco de queda (Escala de Morse) e o risco de úlcera de pressão (Escala de Braden), uma vez que naquela instituição são utilizadas como indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Verificou

ainda que estavam protocoladas a Escala de Lower (avaliação da força) e a Escala de Ashworth Modificada (avaliação do tónus muscular).

A lesão medular é classificada, de acordo com o tipo de lesão na espinal medula, segundo a padronização internacional determinada pela ASIA (Ditunno, Young, Donovan, & Creasey, 1994) em cinco categorias, identificadas por letras, de A a E, sendo que A representa a lesão completa e E o estado normal.

Para avaliar o impacto da lesão na autonomia para a satisfação das necessidades fundamentais de cada pessoa, bem como os resultados das intervenções de reabilitação desenvolvidas estava preconizada a MIF. A importância desta escala e o seu correto preenchimento é um grande foco de atenção por parte dos EEER deste Serviço, fornecendo dados que permitem avaliar a funcionalidade da pessoa e o seu potencial de reabilitação, permitindo também reavaliações periódicas fazendo notar alterações verificadas nos utentes e avaliar resultados decorrentes da intervenção de Enfermagem de Reabilitação.

É também importante a realização do exame neurológico pelo EEER. Como contributo para o aprofundamento do seu conhecimento, após partilha de opinião com o Enfermeiro Orientador, foi proposta a realização de um instrumento para avaliação inicial de um doente com lesão medular (Apêndice VI).

Para a elaboração deste instrumento foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre diversas escalas de avaliação como meio de efetuar uma completa, sistematizada e adequada avaliação inicial da pessoa com lesão medular, permitindo-lhe explorar a vertente da neuro avaliação, colher os dados mais pertinentes e compreender aqueles que fizeram a diferença, possibilitando a qualidade dos cuidados prestados. As escalas que considerou mais importante utilizar foram: Escala de Comas de Glasgow (estado de consciência); Escala Visual Analógica/Numérica (dor); Escala de Braden (revestimento cutâneo); Escala de Lyon Universite (frequência de espasmos); Escala de Lower (força muscular); Escala de Ashworth Modificada (tónus muscular); Escala de ASIA (neurológica – sensitiva e

motora); MIF e SCIM<sup>7</sup> (*Spinal Cord Independence Measure*) (escalas de avaliação de dependência). Foi ainda incluída no mesmo a avaliação da amplitude articular, equilíbrio, clonus, reflexos (superficiais e profundos) e sensibilidade (superficial e profunda).

No decorrer desta pesquisa bibliográfica despertou-lhe uma opinião, a qual não quer perder a oportunidade de expressar, que se baseou no facto de que neste SRA é aplicada a MIF como escala de medida da independência funcional dos utentes internados, no entanto a sua preferência recai sobre a escala SCIM, por ser uma escala de medida muito adequada, a seu ver, à avaliação dos défices de autocuidado que necessitam de ser satisfeitos de acordo com o nível de dependência, assim como permite uma avaliação mais concreta do grau de recuperação da pessoa com tetraplegia devido a LVM, demonstrando o quão importante é a implementação do processo de reabilitação, maximizando a capacidade de independência funcional.

Mesmo que inicialmente este instrumento de colheita de dados se demonstre bastante extenso, a sua aplicação poderá estar facilitada em vários momentos de prestação de cuidados, nomeadamente nos cuidados de higiene, mobilização, posicionamentos, entre outras intervenções, não sendo a sua utilização exaustiva para o utente.

Ao longo do estágio conseguiu implementar este instrumento de identificação de necessidades específicas da pessoa com tetraplegia devido a LVM em cuidados de Enfermagem de Reabilitação às pessoas que teve oportunidade de cuidar. Como complemento a este procedimento de identificação de requisitos de autocuidado pode destacar a informação que é transmitida durante a passagem de turno, momento crucial que permite a identificação e continuidade da intervenção do EEER no processo de reabilitação.

---

<sup>7</sup> o desenvolvimento da Escala SCIM foi iniciado em 1994 por Amiram Catz e Malka Itzkovich, tendo a primeira versão sido publicada em 1997. Escala válida e fiável na avaliação funcional dos doentes com lesão medular (Dantas, Amaro, Silva, & Margalho, 2012).

A terceira versão da Escala SCIM que foi traduzida para português, consiste em 19 itens ou tarefas, que se agrupam em 3 subescalas: Autocuidados (6 itens com pontuação entre 0 e 20), Alterações da Respiração e Esfíncteres (4 itens com pontuação entre 0 e 40), e Mobilidade (9 itens com pontuação entre 0 e 40). A pontuação total varia entre 0 e 100, correspondendo este último valor à máxima autonomia funcional. Pode ser aplicada por método observacional ou através de entrevista (Dantas et al., 2012).

Neste âmbito teve oportunidade de participar em algumas reuniões de objetivos, que se realizam periodicamente, em que toda a equipa multidisciplinar se reúne com a finalidade de apresentar a situação de cada pessoa, para a partir da qual se avaliar e reformular o programa de reabilitação. Expôs o processo evolutivo das pessoas com LVM a quem prestou cuidados (assumindo a postura de enfermeiro de referência) avaliando os objetivos a alcançar, os motivos para a possível não concretização, as dificuldades em alcançá-los, sugerindo alternativas.

Habitualmente os profissionais de saúde têm a tendência em dar atenção aos problemas visíveis que frequentemente são os do foro físico. Na verdade a pessoa com tetraplegia debate-se com problemas muito complexos, neste sentido é após uma detalhada avaliação e identificação de todos os problemas da pessoa que se pode intervir em termos de reabilitação, de modo a evitar a frustração e desapontamento de quem cuida e de quem é cuidado. Deste modo recolheu a informação pertinente relativa a fatores inibidores e facilitadores para a satisfação dos défices e promoção do autocuidado, observando a pessoa/família de uma forma holística, identificando as necessidades de intervenção do EEER para otimizar ou reeducar a função a nível motor, sensorial, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD da forma mais independente.

### **1.6. Planeamento de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas**

A elaboração dos planos de cuidados teve como premissa um planeamento de cuidados de Enfermagem de Reabilitação sustentado no instrumento de colheita de dados apresentado, aplicado de forma individualizada, aliado aos instrumentos de avaliação institucionalizados, o que serviu para agrupar as informações recolhidas e analisar as possibilidades de promoção do autocuidado das pessoas/família recetoras dos cuidados.

Esta linha de pensamento constituiu sem dúvida uma mais-valia no percurso de aprendizagem efetuado, pois permitiu perceber os requisitos de autocuidado que tanto a pessoa com tetraplegia devido a LVM como o seu familiar/cuidador apresentavam, remetendo para a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, definindo o modo de intervenção do EEER, que pode ser classificado dentro dos

Sistema Totalmente Compensatório (em que a pessoa é totalmente dependente e incapaz de realizar a ação de autocuidado); Sistema Parcialmente Compensatório (em que o enfermeiro e a pessoa executam em conjunto o cuidado) e Sistema de Apoio e Educação (em que a pessoa executa mas com supervisão e apoio do enfermeiro, sem o qual é incapaz de realizar) (Orem, 2001; Parker, 2005).

De acordo com os défices de autocuidado identificados, o enfermeiro intervém através de cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio e ensinar (George, 2000; Hoeman, 2000; Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Deste modo procurou elaborar os respetivos planos de cuidados das pessoas que acompanhava assente numa criteriosa avaliação e planeamento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, bem como na identificação dos requisitos de autocuidado. Os objetivos são definidos de forma realista de acordo com as potencialidades e capacidades de cada pessoa. O planeamento de cuidados espelha a qualidade dos mesmos, Silva (2010, p.22) refere que “a prestação de cuidados de qualificados exige planeamento e coordenação”, em que a realização de planos de cuidados escritos e aplicados de forma adequada “promovem a continuidade do cuidado (...) constituindo um meio de avaliação”. A sensibilização dos enfermeiros relativamente à elaboração de registos de forma precisa e completa torna-se fundamental, visando “a afirmação da enfermagem como ciência”. Foi atualizando e aferindo as suas intervenções de acordo com a avaliação diária do respetivo plano de cuidados, tornando-se este um meio fundamental como guia das suas intervenções como EEER.

Teve oportunidade de participar em reuniões multidisciplinares de reavaliação do programa de reabilitação, onde são discutidos e reajustados os objetivos pré definidos. A atualização do plano de cuidados permitiu constatar a importância de uma prestação de cuidados corretamente planificada e implementada. Tornou-se significativo ao longo de toda a sua aprendizagem perceber que discretos ganhos diários em relação à satisfação de autocuidados fundamentais se transformam em enormes acontecimentos para a pessoa com tetraplegia, servindo de fonte motivacional de extrema importância: quer por parte dos utentes que se

consciencializam das suas melhoras, quer por parte dos profissionais de saúde que podem utilizar esses mesmos ganhos como fortes estímulos para os utentes.

### **1.7. Prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas**

As prescrições e intervenções representam a função independente do enfermeiro, permitem a individualização do cuidado à unicidade da pessoa e sua situação clínica, e são determinadas pelas estratégias escolhidas, especificando o comportamento desejado do enfermeiro, do utente e de outros prestadores de cuidados para o alcance dos resultados esperados.

Para Nakatani (2000, p.31), “as prescrições de enfermagem representam uma função independente da enfermeira profissional”. Elas definem como, onde, quando e por quem as intervenções prescritas deverão ser executadas. Cada prescrição deve ser apropriada à meta e ao objetivo definido.

Antes de partir para a prestação direta de cuidados de enfermagem, ao EEER é exigida a capacidade da perceção do estado físico, mas mais importante, da situação emocional da pessoa, devendo adaptar a sua abordagem, atuação e tipo de linguagem de acordo com a especificidade da situação, integrando sempre a pessoa no cuidado a prestar.

Surge como ponto fulcral no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa e família, o fornecimento de meios que permitam a sua participação ativa no estabelecimento de objetivos, exequibilidade de intervenções e conseqüente aumento da motivação.

A fase inicial do seu estágio, correspondente aos primeiros turnos no SRA, serviram para integração ao espaço e às pessoas, para a compreensão da intervenção do EEER e, prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação em conjunto com o seu Enfermeiro Orientador, observando-o e realizando intervenções sob a sua supervisão, num processo contínuo e progressivo. Ao longo do estágio foi adquirindo mais autonomia, tendo demonstrado uma maior capacidade de avaliação, planeamento e execução das intervenções.

A ocorrência de tetraplegia devido a LVM condiciona mudanças importantes na forma de viver da pessoa, a qual apresenta enormes requisitos de autocuidado.

Orem descreve os Requisitos de Autocuidado dividindo-os em três categorias: Universal (associados a processos de vida), Desenvolvimento (associados a alterações que implicam a especialização dos requisitos universais) e Desvio de Saúde (exigido na situação de lesão ou doença) (Orem, 2001) (Anexo III).

Orem (2001) refere que a enfermagem é um serviço de ajuda cujo foco de atenção são as pessoas com incapacidade para provisão continuada de autocuidado na quantidade e qualidade necessárias para a manutenção da sua saúde pessoal

Tendo como referência a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, constatou que após uma sistemática orientação relativamente ao autocuidado realizado à pessoa com tetraplegia devido a LVM, principalmente em caso de lesão incompleta, esta apresentava uma diminuição do défice de autocuidado e, conseqüentemente, aumento da capacidade para a satisfação das AVD. A promoção e orientação do autocuidado por parte daqueles que exercem a função de cuidador conduziram a uma evolução positiva da pessoa com tetraplegia e à própria satisfação dos seus familiares que em alguns momentos participaram como agentes de autocuidado dependente. Baseou-se no referencial teórico<sup>8</sup> de Orem para o reconhecimento dos défices de autocuidado relativos à pessoa com tetraplegia devido a LVM, viabilizando a elaboração adequada do planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a prestação de tais cuidados. Em diversas situações, este trabalho apresentou resultados visíveis, sendo gratificante para a pessoa, família, prestador de cuidados e para o profissional (neste caso discente).

Durante este estágio, inúmeras foram as pessoas que passaram no SRA, com alguma diversidade de alterações neurológicas e diferentes graus de dependência, que proporcionaram modos de prestação de cuidados diferentes, sendo necessário mobilizar todos os conhecimentos teóricos e práticos apreendidos nas aulas lecionadas ao longo deste Mestrado.

Relativamente aos cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação prestados à pessoa com tetraplegia devido a LVM, estes foram planeados e

---

<sup>8</sup> referencial teórico também denominado quadro de referência, de acordo com Basto (2009) apresenta-se como um guia na prática de cuidados e nas restantes atividades profissionais que engloba conceitos e valores ou crenças, pressupostos que correspondem à conceção de cuidar em enfermagem.

adaptados de acordo com a situação de dependência, capacidade de colaboração e potencial de reabilitação, tendo por base o referencial teórico. A pessoa com tetraplegia devido a LVM apresenta enormes défices na satisfação do autocuidado necessitando de cuidados de enfermagem reconhecidos como um conjunto de ações deliberadas com foco nas necessidades e ações dos mesmos. De acordo com os requisitos para a satisfação de autocuidado identificados foram mobilizados os Sistemas de Enfermagem conforme o grau de dependência<sup>9</sup> da pessoa. Assim foi utilizado o Sistema Totalmente Compensatório, quando a pessoa se apresentava incapaz de se envolver nas ações de autocuidado, sendo todo o apoio prestado pelo EEER. Aplicou o Sistema Parcialmente Compensatório quando a mesma pessoa já era capaz de realizar algumas atividades, prestando o EEER apenas apoio suplementar naquelas que a pessoa não conseguia realizar, verificando-se que tanto o EEER como a pessoa em causa desempenharam medidas de autocuidado. Petronilho (2012) acrescenta que o autocuidado prestado pelo enfermeiro é aceite pela pessoa, sendo que a função deste é compensar algumas tarefas de autocuidado. Utilizou ainda o Sistema de Apoio e Educação providenciando orientação e assistência no sentido de cooperar face às limitações, promovendo a capacidade de aprendizagem e realização de ações de autocuidado terapêutico.

A lesão medular apresenta enorme impacto na função respiratória da pessoa que a sofre. De acordo com o nível e gravidade da lesão, as repercussões a nível do aparelho respiratório são tanto mais evidentes quanto mais alta e mais grave for a lesão (SCML, 2012). Assim as lesões medulares mais altas, responsáveis pelo estado de tetraplegia, afetam em maior gravidade a capacidade respiratória e a tosse, dado que interrompem a enervação aos músculos envolvidos na inspiração e na expiração forçada. Logo o compromisso do funcionamento dos músculos inspiratórios provoca uma ventilação reduzida, predispondo a atelectasias e deixando os músculos inspiratórios mais suscetíveis à fadiga e consequente falência respiratória. Com a expiração forçada comprometida, a tosse está ausente ou é

---

<sup>9</sup> dependência entende-se pela incapacidade do indivíduo alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, pelo facto de não ter capacidade para adotar comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda de outros (Kozier, Erb, e Olivieri, 1993). Uma pessoa dependente é aquela que necessita de transferir para terceiros as atividades tendentes à satisfação das «necessidades humanas básicas», no contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência (Vilão, 1995).

ineficaz, levando à acumulação de secreções e predispondo a atelectasias, pneumonias e insuficiência respiratória (Ares & Cristiante, 2007).

No Centro de Reabilitação, para o desenvolvimento das competências referentes à vertente de RFR, foram realizadas semanalmente, em conjunto com o Enfermeiro Orientador, sessões de educação para a saúde, tendo como alvo principal os utentes e os seus familiares/cuidadores. Nestas são explicadas as potenciais complicações respiratórias, as formas de as prevenir e as medidas a tomar quando são identificados os primeiros sinais de complicação. São, também instruídos e treinados exercícios respiratórios e técnicas de limpeza das vias aéreas.

Individualmente, junto de cada pessoa com tetraplegia e de acordo com a sua situação foram aplicadas as técnicas de RFR, tendo insistido nas técnicas que promovem o fortalecimento dos músculos respiratórios e a preservação da mobilidade da caixa torácica (respiração diafragmática com resistência manual ou aplicação de peso, exercícios dos membros superiores e do tronco e inspirometria de incentivo). Por outro lado, de acordo com as necessidades de cada pessoa, foi reforçado o ensino e insistência no treino das técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse assistida e drenagem postural associada a manobras acessórias de percussão e vibração torácica), não esquecendo a importância de uma hidratação eficaz, promotora da fluidificação das secreções.

Respeitante à vertente neurológica realizou o exame neurológico, através da aplicação do instrumento de avaliação da pessoa com lesão medular (Apêndice VI), no que concerne ao estado de consciência, mobilidade, força e tónus muscular, amplitude articular, equilíbrio, reflexos (superficiais e profundos) e à sensibilidade (superficial e profunda). Esta avaliação permitiu conhecer as capacidades da pessoa, elaborar os objetivos do programa de Enfermagem de Reabilitação e reajustá-lo sempre que a sua condição se alterava.

O Enfermeiro deve ser capaz de ajudar o doente a desenvolver independência neuro motora, sempre que isso é possível. Para tal este deve conhecer os princípios do equilíbrio, do alinhamento e dos posicionamentos (Henderson, 2007).

A pessoa com tetraplegia devido a LVM confronta-se com enormes limitações, dependendo do nível neurológico e do tipo de lesão, caso seja completa ou

incompleta, as suas repercussões encontram-se refletidas nos défices de autocuidado apresentados.

No caso da pessoa com LVM, o seu posicionamento é fundamental, de acordo com a OE (2009b), posicionamentos são as posições ideais e mais adequadas à pessoa em causa, tendo presente o nível da LVM e consequentes alterações sensitivas e motoras, que permitam de algum modo promover a sua recuperação. São as posturas em que se coloca a pessoa, quando esta não tem capacidade para mudar de decúbito por ela própria, e/ou quando a situação clínica não o permite, visando distribuir o peso pela maior área possível, evitando carga nas proeminências ósseas e consequentes zonas de pressão (Hoeman, 2000).

Para proporcionar o conforto, prevenir alterações músculo-esqueléticas e manter a integridade do tecido cutâneo e dos tecidos subjacentes, planeou e executou posicionamentos na cama/cadeira de rodas, mantendo o alinhamento de todos os segmentos corporais, salvaguardando de pressões as massas musculares e as estruturas articulares. De modo a permitir a colaboração da pessoa na deslocação para um dos lados da cama, na alternância de posicionamentos e na preparação para outros exercícios deu orientações sobre exercícios no leito, nomeadamente, os exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico do tronco.

Sobre a permanência na cadeira de rodas, instruiu e treinou a pessoa com tetraplegia sobre os exercícios que se adequavam à sua situação (inclinação lateral, flexão do tronco e *Push-up*) com o objetivo de melhorar o equilíbrio estático e dinâmico do tronco, fortalecendo a musculatura dos membros superiores e facilitando uma maior independência na satisfação das AVD.

Realizou ainda exercícios no plano inclinado/mesa de verticalização os quais permitem a liberdade dos membros superiores para atividades ocupacionais, favorecem o aumento autoestima, além de prevenirem a osteoporose e melhorarem a função cardiovascular, vesical, intestinal e respiratória.

Com o intuito de aumentar a independência na satisfação dos requisitos de autocuidado da pessoa com tetraplegia, foram realizados ensino e treino à pessoa e família/cuidador sobre as técnicas de levante da cama e transferências (com e sem tábua de transferência) para a cadeira de rodas, cadeirão, cadeira sanitária, sanita e automóvel em consonância com os princípios utilizados na Unidade Terapêutica de

AVD. Técnica que proporciona benefícios a nível respiratório, dando ao doente uma visão diferente sobre o meio que o rodeia, colocando a pessoa numa posição mais funcional para se alimentar e comunicar com os outros.

Relativamente a este procedimento instruiu sobre a importância da prevenção de acidentes e quedas, devendo para tal ser cumpridos rigorosamente os procedimentos de segurança, travando sempre a cadeira de rodas para a realização de qualquer atividade, usando a cinta para fixação do tronco quando sentado (de acordo com a sua capacidade de equilíbrio do tronco) e utilizando grades na cama.

A pessoa ao interagir com o meio de um modo flexível e adaptável produz o movimento normal. Inicia um padrão de movimento coordenado, adaptando a força e velocidade de forma a contrariar a resistência e condições sensoriais com que se depara para realizar cada tarefa, mantendo o equilíbrio corporal (OE, 2009b). O movimento consiste na ação dos músculos sobre os ossos e as articulações em planos de referência, podendo envolver uma ação involuntária e reflexa ou uma escolha consciente e voluntária (Hoeman, 2000).

No sentido de prevenir complicações a nível das estruturas articulares, musculares e ósseas foram planeadas e realizadas mobilizações músculo articulares passivas, ativas assistidas e ativas dos diferentes segmentos articulares. Um programa de mobilizações deve ser estabelecido de modo individualizado e adaptado. Deve ser planeado atendendo ao tipo de LVM, fixação ou não de fratura vertebral, à presença de choque medular, espasticidade, dor, lesões associadas e evolução clínica na fase aguda (OE, 2009b). As mobilizações efetuadas tiveram como princípio o respeito pela amplitude articular, força, limiar da dor, o posicionamento correto (para garantir uma boa execução dos movimentos) e o plano normal do movimento, tendo sido, cada articulação, mobilizada separadamente, iniciando pela proximal, evoluindo para as distais, realizadas bilateralmente.

Estas intervenções foram realizadas com o objetivo de promover a manutenção da integridade das estruturas articulares, mantendo e aumentando a amplitude dos movimentos, conservando a flexibilidade e prevenindo a instalação de aderências e contraturas, para além de, promover a melhoria da circulação de retorno.

Na pessoa tetraplégica, o grau de dependência de segunda pessoa na realização desta atividade é maior pois implica défices neurológicos ao nível dos

membros superiores e inferiores (OE, 2009b). Foi realizado ensino à pessoa e família acerca do programa e técnica de realização de mobilizações, promovendo o que se pretende que a pessoa mobilize ativamente.

Após as mobilizações, também a massagem terapêutica foi utilizada em algumas situações. Não só como técnica de relaxamento, mas principalmente em situações de necessidade de drenagem linfática, como por exemplo na presença de edemas, no sentido de promover o retorno venoso, aumentando o conforto e a própria mobilidade.

Na realização de todas as intervenções anteriormente descritas, o EEER tem de ter sempre presente a técnica e mecânica corporal correta para a sua execução. A postura incorreta numa intervenção, não só poderá provocar danos na saúde do EEER, como pode resultar numa aprendizagem ineficaz da pessoa e seus cuidadores, originando a ocorrência de acidentes que agravam os défices da pessoa com tetraplegia devido a LVM e possam provocar lesões nos seus cuidadores.

A pessoa com tetraplegia devido a LVM apresenta importantes défices na satisfação das necessidades de autocuidado universal, exigindo da mesma adaptações à nova situação em relação às novas exigências de autocuidado, que ela poderá aprender ou necessitar de outra pessoa para realizá-los, o que Orem determina de cuidado dependente (Orem, 1995).

No que diz respeito à higiene pessoal foram facultadas orientações sobre a importância de uma higiene cuidada (ausência de fezes, urina ou suor) e uma correta secagem de todas as áreas do corpo, com atenção especial à região inguinal, sulco intra nadegueiro e espaços inter digitais, devendo ser observado cuidadosamente todo o revestimento cutâneo, recorrendo à auto vigilância com utilização de espelho, ou realizada pelo cuidador. Relativamente à prestação dos cuidados de higiene, incentivou à utilização de produtos adequados e à prevenção de queimaduras, fazendo ensino para abrir sempre a torneira de água fria e testar a temperatura numa região com sensibilidade mantida.

Sobre o vestuário, informou a pessoa e seus familiares cuidadores sobre o tipo de roupas e o calçado a utilizar, assim como as técnicas que facilitam a satisfação desta atividade, salientando a sua importância na prevenção do desenvolvimento de crises de disreflexia autónoma (Anexo IV). Como tal, foi recomendado o uso de

calças sem costuras nas zonas sobre as quais exerce maior pressão, soutiens sem armação de arame, meias sem costuras ou costuras finas e de preferência de algodão, sapatos macios, com sola anti derrapante, um ou dois números acima do habitual e sem costuras no interior, camisas, polos, *t-shirt* e camisolas largas que promovam o conforto e não limitem a amplitude de movimentos.

Relativamente à alimentação, onde de acordo com Orem se englobam os requisitos universais de manutenção de água e alimento como sendo elementos necessários ao metabolismo e produção de energia (Orem, 1995), pode referir que desenvolveu competências de Enfermagem de Reabilitação na área de supervisão e auxílio da alimentação de forma a colmatar o défice de autocuidado apresentado pela pessoa com tetraplegia. Assim promoveu o uso de ajudas técnicas, tais como, a bolsa palmar, a tala para bloqueio e estabilização da articulação do punho e o uso do rebordo para o prato, substituindo-as apenas em momentos estritamente necessários (exemplo: cortar os alimentos e descascar fruta) e motivando-os para a aquisição e desenvolvimento da autonomia. Nunca deixando de esquecer que cada pessoa tem o seu ritmo que deve ser respeitado.

Foram também realizados ensinamentos de forma a consciencializar a pessoa e a família da importância da escolha da dieta, motivando a introdução de alimentos ricos em fibra e pobres em hidratos de carbono, comer bem em qualidade e em quantidade (devido à redução de atividade física não necessita de comer grandes quantidades), manter ingestão hídrica equilibrada repartida ao longo do dia e eliminar da dieta bebidas gaseificadas (OE, 2009b).

A pessoa com tetraplegia devido a LVM, no que concerne ao autocuidado referente aos processos de eliminação apresenta elevado grau de dependência.

Relativamente à eliminação vesical, normalmente a pessoa apresenta a bexiga com características que a designam como Neurogénica Reflexa, a qual surge quando os feixes sensoriais e motores da medula espinal, que enviam os impulsos entre a bexiga e o centro supra espinhal, estão interrompidos. O arco reflexo permanece intacto embora a micção seja involuntária, devido à falta de controlo cerebral. A pessoa é incapaz de sentir a bexiga cheia e de urinar espontaneamente, não podendo por isso iniciar ou suspender, de forma voluntária a micção (Pires, 2000).

Assim para a satisfação do autocuidado eliminação vesical, planeou e colocou em prática intervenções que promovessem o esvaziamento regular e completo da bexiga, com o objetivo de manter a integridade vesico esfinteriana, proteger a função renal e prevenir infeções urinárias de repetição (Assis & Faro, 2011). O cateterismo vesical intermitente é uma alternativa ao uso da algaliação permanente. A técnica foi ensinada à pessoa envolvendo o familiar/cuidador, pois no caso de não haver potencial motor da pessoa com tetraplegia, foi eleito um familiar/cuidador que pudesse dar continuidade após a alta. A periodicidade inicial dos esvaziamentos foi efetuada segundo indicação médica, após estudo urodinâmico. Inicialmente com um intervalo de 3 em 3 horas, com drenagem contínua durante o período noturno. Os intervalos entre esvaziamentos vão sendo alargados, tentando alcançar períodos de 6 horas e sem drenagem contínua no período noturno, com volumes de urina que não deverão ultrapassar os 500cc em cada esvaziamento. Quando se registam valores superiores a 500cc, pelo risco de refluxo vesico uretral e infeção urinária, a pessoa é algaliada, em drenagem contínua, por um período de 24 horas para repouso da bexiga (Assis & Faro, 2011).

Para o sucesso desta técnica foi fundamental o ensino efetuado sobre o controlo rigoroso da ingestão de líquidos. No que diz respeito à quantidade foi reforçada a necessidade de ingestão de 2 a 3 litros por dia, no entanto, no que diz respeito à periodicidade, a pessoa deve fazer uma restrição hídrica no final do dia para reduzir a produção de urina durante o período noturno.

Foram observados casos de pessoas com bexiga neurogénica reflexa em que foi possível provocar o esvaziamento vesical recorrendo a técnicas que desencadeiam o reflexo da micção, tais como, a estimulação sensorial da região interna das coxas ou da região supra púbica, assim como através da aplicação da manobra de Valsalva com inclinação anterior do tronco.

No que respeita à eliminação intestinal, normalmente a pessoa com tetraplegia apresenta uma incontinência intestinal reflexa, para tal foram desenvolvidas intervenções que permitem estimular a atividade intestinal reflexa, provocando uma dejeção previsível. Assim, foi administrado diariamente (e posteriormente em dias alternados), um supositório para estimular o reflexo da defecação. Ao levar a pessoa à casa de banho, foram ensinadas técnicas que facilitam a eliminação intestinal, tais

como a massagem abdominal, a inclinação anterior do tronco e a estimulação digital. Foi igualmente instituída uma dieta equilibrada em quantidade de fibras e líquidos (SCML, 2012).

Tendo em conta sempre os hábitos da pessoa e a individualidade da sua situação, foram desenvolvidas competências no âmbito do controlo de esfíncteres através do ensino de técnicas comportamentais, estabelecendo, avaliando e ajustando as intervenções de Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo de prevenir a incontinência súbita e as constantes perdas de urina e fezes, assim como de despistar a existência de episódios de disreflexia autónoma. Estes cuidados permitiram a diminuição do défice deste autocuidado, o conforto, a manutenção da integridade cutânea, o reforço da auto imagem e a confiança, perspetivando o reinício de uma vida sócio profissional e sexual ativa.

A sexualidade faz parte integrante da vida e é motivo de grande preocupação quando a mesma se altera, particularmente após lesão medular. Neste caso surge uma disfunção sexual neurogénica (SCML, 2012).

No SRA verificou grande necessidade de intervenção na vertente da sexualidade dada a existência de elevado número de pessoas jovens. Normalmente é o EEER que aborda esta temática, demonstrando uma atitude de abertura para abordar o tema, fazendo um levantamento e registo dos problemas, dúvidas e ansiedades manifestadas pela pessoa no que respeita às suas capacidades futuras para a vivência da sexualidade. Disponibilizou também informação específica sobre as alterações sofridas pela pessoa com tetraplegia devido a LVM, nomeadamente no que diz respeito à sua resposta sexual, capacidade fértil e identificando algumas possibilidades terapêuticas, no caso dos homens, para a disfunção erétil. Neste Centro de Reabilitação, no caso de solicitação, o utente é encaminhado para uma consulta de Disfunção Sexual Neurogénica com a presença de médico e psicólogo, habilitados para esclarecer, ajudar e orientar (SCML, 2012).

No âmbito da existência de estratégias que possam auxiliar a pessoa e familiar/cuidador na satisfação dos défices de autocuidado, cabe ao EEER a função de informar, explicar e orientar sobre produtos de apoio que permitem a realização das AVD com segurança e menor dispêndio de energia. No entanto, verificou que existe uma crescente dependência destes produtos, que embora apresentem grande

utilidade no início do internamento, poderão não ser de extrema necessidade posteriormente, com os ganhos de autonomia que a pessoa possa conseguir, não devendo a sua aquisição ser precipitada.

Cabe ainda ao EEER avaliar a necessidade de eliminar barreiras arquitetónicas e orientar as adaptações na habitação da pessoa com tetraplegia, podendo mesmo ser necessária a realização de uma visita ao seu domicílio. Neste âmbito teve a oportunidade de seguir algumas situações concretas, para as quais não só identificou as barreiras, como contribuiu para encontrar estratégias e alternativas para ultrapassar essas limitações.

### **1.8. Promoção da continuidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas**

Todos os enfermeiros do SRA contribuem para o processo de reabilitação dos utentes, motivando-os para a sua recuperação e incentivando a família/prestador de cuidados como parceiros neste processo, capacitando-os para a continuidade dos cuidados após a alta. A intervenção pedagógica do EEER é fundamental, pois a orientação e treino das AVD à pessoa/família/prestador de cuidados permite minimizar e, até mesmo superar, os medos e ansiedades inerentes à sua nova condição de vida.

Segundo Elsen, Marcon, & Silva (2002), as atividades prestadas pela Enfermagem não devem visar unicamente o indivíduo, mas todo o seu lócus familiar e meio onde vive. Oferecer apoio, esclarecimentos sobre o estado de saúde do indivíduo, assim como da doença instalada, educação e assistência voltada aos novos hábitos de vida, são maneiras de oferecer maior tranquilidade e qualidade de vida para esta família.

Tendo por base a promoção da continuidade da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, através da articulação com a comunidade, foram planeados, realizados e validados ensinamentos à pessoa e seu familiar/cuidador de forma a garantir essa continuidade no domicílio, permitindo uma adequada preparação para a alta.

Assim com base no potencial de reabilitação, contexto familiar, económico e social da pessoa com tetraplegia, foi realizado o encaminhamento para o domicílio,

para instituições pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados ou para instituições de carácter privado. O encaminhamento é precedido pelo preenchimento e registo de todos os cuidados específicos que se pretende dar continuidade, sendo elaborada uma carta de alta/transferência para a Instituição ou para os Centros de Saúde. Foi também realizado um documento de orientações gerais para o familiar/cuidador, tendo por base toda a ação de educação para a saúde efetuada de modo a que a pessoa tenha um adequado e preparado regresso a casa.

A intervenção da Enfermagem de Reabilitação poderá assim desenvolver-se junto de diversos sistemas em interação, designadamente da pessoa, a sua rede de suporte social, os serviços e as instituições capazes de contribuir para a sua reabilitação e seu bem-estar (Menoita, 2012).

Todo este processo de preparação do regresso a casa da pessoa com tetraplegia devido a LVM, envolvido em elevados défices para a satisfação dos requisitos de autocuidado, apresentou muitas dificuldades e constrangimentos, pois implica diversos e complexos fatores, físicos, psicológicos, emocionais e afetivos, não só da pessoa afetada, como também dos seus familiares/cuidadores.

De salientar que, durante a prestação de cuidados, detetou a necessidade de apoio após a alta de diversas famílias, tendo por isso promovido o seu encaminhamento (aconselhamento de produtos de apoio, encaminhamento para assistente social, contacto com enfermeira prestadora de cuidados na comunidade), tendo demonstrado, ao realizar estas atividades, a capacidade de “assumir, como membro de uma equipa multiprofissional a promoção dos cuidados e uma visão integradora dos contributos dos diferentes profissionais” (Gândara, 2012, p.2).

## **2. PROCESSO DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: COMPLEMENTARIEDADE NA COMPREENSÃO DA PESSOA COM TETRAPLEGIA DEVIDO A LVM**

A pessoa com tetraplegia devido a LVM pela complexidade de cuidados especializados que tem implícita necessitará de permanecer sob cuidados hospitalares durante tempo indeterminado, pelo que a prevenção de complicações decorrentes deste mesmo internamento revela-se de uma importância acrescida. Estas complicações podem ser de diferentes níveis, assumindo-se a vertente respiratória como uma das mais prevalentes e com efeitos mais nefastos na sua reabilitação, relacionado quase sempre com as limitações motoras que apresentam.

Nas pessoas com LVM em que há paralisia de músculos respiratórios (consoante o nível da lesão), surge a estase e acumulação de secreções por ineficácia dos mecanismos de limpeza. Uma lesão cervical alta pode resultar em diminuição da capacidade respiratória e pode tornar necessária a instituição imediata de ventilação mecânica. Os movimentos respiratórios pouco amplos ou ausentes, com consequente diminuição da ventilação e baixa hidratação, tornam as secreções espessas e estas acumulam-se, constituindo um meio ideal para o desenvolvimento de microorganismos (OE, 2009b).

Tendo como objetivo a interiorização e compreensão da patologia respiratória como co morbidade decorrente da tetraplegia por LVM e o adquirir de competências específicas a outras áreas de intervenção, conduzindo assim à obtenção do grau de especialista, a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com patologia respiratória constitui-se como fundamental, tendo realizado a primeira etapa do seu estágio, com a duração de 6 semanas num contexto de cuidados que permitisse tais conhecimentos. Em complemento com a sua intervenção junto da pessoa com tetraplegia devido a LVM, prestou cuidados especializados numa instituição particularmente vocacionada para o tratamento cirúrgico de patologias do foro cardíaco, onde a necessidade de realização de RFR se prendia com o tipo de cirurgia, sua abordagem e utilização de anestesia geral.

A RFR na pessoa submetida a cirurgia cardíaca tem como objetivos a prevenção de complicações broncopulmonares, circulatórias e posturais do pós-operatório, permitindo obter uma recuperação funcional mais rápida e completa possível. Está indicada nas intervenções cirúrgicas sob ação de anestesia geral, devido às suas repercussões sobre a mecânica ventilatória, sendo igualmente fundamental nos doentes portadores de patologia pulmonar e grupos de risco, tais como pessoas com hábitos tabágicos acentuados, com excesso de peso e nos idosos (Heitor, 1988).

A agressão cirúrgica, a anestesia, a dor e a imobilidade provocam hipersecreção brônquica, a disfunção ciliar, a inibição do mecanismo da tosse e a limitação dos movimentos respiratórios da pessoa que, vão contribuir para a retenção de secreções aumentando o risco de infeção broncopulmonar e atelectasias. Por sua vez, as secreções brônquicas vão aumentar a resistência das vias aéreas e o trabalho respiratório, produzindo alterações na ventilação alveolar. Tais fatores podem conduzir à instalação de um quadro de insuficiência respiratória aguda no pós-operatório (Gastaldi, Magalhães, Baraúna, Silva, & Souza, 2008).

Teve oportunidade de acompanhar utentes em regime de ambulatório e em regime de internamento. Os programas de RFR foram iniciados no período pré-operatório, dado que, permite uma melhor compreensão e colaboração da pessoa, facilitando a aprendizagem do que deverá fazer no pós-operatório (Heitor, 1988).

Após observação e avaliação da pessoa, validando o seu conhecimento relativamente à sua situação e cirurgia proposta realizou educação para a saúde sobre os objetivos e benefícios da RFR, salientando a importância da sua colaboração e empenho no cumprimento do programa, para que fosse bem-sucedido. A problemática da dor no pós-operatório não foi esquecida. Além da informação dispensada sobre a terapêutica analgésica, foi feito ensino sobre técnicas de relaxamento, adoção de posições de descanso e controlo da respiração, que permitem diminuir a tensão psíquica e muscular, facilitando o controlo da dor. Para o controlo da respiração foi ensinada a consciencialização dos tempos respiratórios e sua dissociação.

Para assegurar a permeabilidade das vias aéreas, foram ensinados os métodos para facilitar a eliminação das secreções brônquicas, entre as quais a

expiração forçada, o Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias, o Huff e a tosse dirigida e assistida com contenção da ferida operatória e flexão dos membros inferiores, dando ênfase à necessidade de uma hidratação eficaz. Foram também treinadas posições de drenagem postural, respeitando as contra indicações para as posições de drenagem postural com declive e das manobras de percussão e compressão torácica.

Para a prevenção e correção dos defeitos ventilatórios foram instruídos exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmática e costais (seletivos e globais) e exercícios de inspirometria incentiva, facilitando uma melhoria da relação ventilação/perfusão.

Com a finalidade de prevenção e correção dos defeitos posturais e deformações torácicas, por adoção de posições de defesa à dor, foram ensinadas técnicas de correção postural e exercícios de mobilização dos membros superiores, da cintura escapular e coluna vertebral.

Todas as estratégias de intervenção de Enfermagem de Reabilitação planeadas e realizadas à pessoa com patologia respiratória e familiar/cuidador permitiram a aquisição e consolidação de novos conhecimentos. Prestou cuidados a pessoas com um vasto leque de patologias das quais se destacam a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, a Asma, o Derrame Pleural, o Pneumotórax, a Atelectasia e as Pneumonias. Os procedimentos efetuados foram sempre ajustados às necessidades e capacidades de cada pessoa, individualizando o seu plano de cuidados, sendo reajustados quando se revelou necessário e tendo presente as contra-indicações e limitações da RFR (hemoptises, hemorragias digestivas abundantes, edema pulmonar agudo, estado de choque, síndrome de dificuldade respiratória, tuberculose pulmonar ativa, embolia pulmonar, cancro do pulmão e pleura).

Nesta perspetiva, elaborou planos de cuidados individualizados e jornais de aprendizagem, materializados numa reflexão que reflete o seu percurso de reabilitação neste contexto de cuidados (Apêndice VII).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir um percurso desta natureza desperta um conjunto de sentimentos ambivalentes. De acordo com os objetivos inicialmente propostos e respetivas atividades desenvolvidas considera terem sido as mais pertinentes e adequadas, tendo no culminar dos estágios e no decorrer da realização deste documento sentido uma verdadeira sensação de “missão cumprida” ao nível do seu empenho. Por outro lado, fica com a noção que muito mais poderia ter sido feito, muitas ações por refletir, analisar e integrar, originando uma constante necessidade de novas e profundas aprendizagens. Esta conclusão surge assim como o início de um longo caminho tendo em vista o seu desenvolvimento como EEER.

Os estágios desenvolvidos e a elaboração do respetivo relatório dedicados à promoção do autocuidado na pessoa com tetraplegia devido a LVM permitiram-lhe a aquisição de competências planeada e tiveram um importante contributo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, pois para além de adquirir e aprofundar conhecimentos de Enfermagem de Reabilitação, permitiu contextualizá-los e aplicá-los em situações individuais e específicas, contribuindo para a sua sedimentação.

A realização deste relatório baseou-se num processo reflexivo, argumentando e pondo em evidência uma prática de enfermagem baseada na evidência científica, fundamentou teoricamente a problemática da tetraplegia devido a LVM, suas consequências aos vários níveis, assim com a intervenção do EEER como promotor do autocuidado nesta situação.

Desenvolver competências no âmbito do cuidar em Enfermagem de Reabilitação requer conhecimento e dedicação. Assim sendo, “a competência da enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir” (Colliére, 1989, p.290). Cuidar é aprender com o outro, descobrindo o que faz sentido, o que dá sentido ao que exprime sobre a forma de expectativas, desejos ou não desejos, preocupações e dificuldades que estão ligadas a acontecimentos que requerem cuidados (Colliére, 1989).

Nesta perspetiva, o EEER apresenta-se como fundamental na reabilitação da pessoa com tetraplegia devido a LVM inicialmente intervindo nas diferentes fases da doença em si e, em seguida, ao mostrar as várias alternativas possíveis para que esta encontre um novo projeto de vida, valorizando a componente de especificidade e individualidade de cada pessoa como ser único. A sua intervenção estende-se também à família, comunidade e sociedade, de forma a alterar as mentalidades, bem como os estereótipos e preconceitos castradores, ainda hoje extremamente enraizados, limitando a pessoa tetraplégica na sua plena reintegração na sociedade.

A intervenção do EEER tanto pela sua vertente do contacto físico como pelo envolvimento emocional é reconhecida pelos utentes pelas famílias e pelas comunidades. Os momentos de prestação de cuidados, como a mobilização articular, apresentam-se como momentos de ligação mais pessoal e íntima nos quais a pessoa deposita total confiança na sua atuação. Por outro lado existem momentos em que o sentimento da pessoa para com o EEER se apresenta como um misto de revolta e apreensão, confiança e colaboração, principalmente os momentos de treino de AVD. O EEER tem de ser dotado de sensibilidade e capacidade de lidar com este misto de sentimentos e frustrações no intuito da promoção do envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação.

No que diz respeito ao seu objetivo geral, desenvolveu competências comuns de Enfermeiro Especialista e sobretudo, específicas de EEER previstas pela OE, no cuidado à pessoa com tetraplegia devido a LVM nas diferentes fases do seu processo de reabilitação, tendo adaptado a sua conduta conforme as necessidades específicas de cada pessoa. Para além da temática de base do seu projeto, as áreas onde se desenrolou o estágio tornaram-se complementares no desenvolvimento de todas as competências, tanto na vertente da RFR como na abordagem a outras patologias do foro neurológico como é o caso da pessoa com AVC, conduzindo a um estágio superior de crescimento como EEER face ao leque de experiências e aprendizagens que, no seu conjunto, lhe proporcionaram.

Tendo como referência a teoria de Dorothea Orem, esta possibilita à pessoa com tetraplegia devido a LVM e sua família tomar iniciativa, assumir responsabilidades, assim como envolver-se no desenvolvimento do seu caminho, com vista à saúde e bem-estar. O modelo de Orem assume a pessoa como

responsável pelo seu autocuidado. Quando a pessoa não é capaz de se autocuidar, a enfermagem compensa o défice de autocuidado. A teoria do défice de autocuidado de Orem (2001) constitui a essência da teoria geral de enfermagem, pois realça quando há necessidade de intervenção do enfermeiro. Os cuidados de enfermagem são exigidos quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao sistema de autocuidado, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência, ou quando a pessoa recupera da doença ou lesão para enfrentar os efeitos.

Diversos sentimentos, como a apreensão e o receio tornaram-se presentes no início do estágio. Surgiram também momentos de inquietação e dúvida. Porém, todos estes sentimentos foram ultrapassados com a atenção dispensada por todos os profissionais envolvidos, Enfermeiros Orientadores que o acompanharam, Professora Orientadora que sempre o apoiou, assim como ao seu empenho e motivação, podendo-se referir a estes factos como sendo os elementos facilitadores da sua aprendizagem. Por outro lado, referindo-se aos constrangimentos, não poderá deixar de realçar a difícil tarefa de conseguir conciliar a vida profissional, académica, social e familiar ao longo deste percurso de desenvolvimento, que só foi possível através da abnegação e dedicação extremas.

A especialização dos profissionais de saúde como os enfermeiros constitui um recurso essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Cuidar em enfermagem pressupõe um conhecimento atualizado, desenvolvido em contexto académico e necessário para o desenvolvimento de saberes específicos, enquadrados por uma atitude ética e moral no respeito pela pessoa na sua singularidade e unicidade.

Procurando abordar uma perspetiva de futuro, poderá referir que este percurso de aprendizagem teve como implicação essencial o seu enorme crescimento e desenvolvimento enquanto Enfermeiro e agente cuidador de outrem. Toda a sua abordagem perante a pessoa a cuidar, tanto com tetraplegia devido a LVM como com qualquer outra patologia que condicione a satisfação dos requisitos de autocuidado, apresenta agora uma maior abrangência, mais fundamentada e especializada. A arte de reabilitar a pessoa encontra-se sempre presente em todos

os pormenores, desde a admissão da pessoa até à fase de alta, facto que demonstra a grande importância da escolha desta especialidade.

Neste momento, em termos da sua prática de cuidados, devido à escassez de recursos humanos especializados e de acordo com a necessidade emergente da intervenção do EEER deu já início à identificação de necessidades, conceção, planeamento e implementação de planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, baseados nos problemas reais e potenciais, tendo como principal foco de atenção a pessoa com LVM, dando continuidade à sua aprendizagem, assim como à pessoa com Hemorragia Sub-Aracnoideia por rotura de Aneurisma, dada a sua enorme prevalência atual na vertente neurocirúrgica, tendo implícitos enormes défices de autocuidado que justificam uma elevada necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Surge assim um novo desafio que irá exigir um processo de pesquisa e investigação de forma a aprofundar os seus conhecimentos, tornar a sua intervenção baseada na evidência científica, permitindo-lhe tomar decisões que promovam a saúde, previnam complicações secundárias e implemente técnicas de reabilitação que maximizem o potencial da pessoa.

Integrou também o programa de preparação e encaminhamento da pessoa após alta em desenvolvimento no Serviço de Neurocirurgia onde exerce funções. É realizado um processo individual que contempla a data de início e tipo de encaminhamento previsto para cada pessoa, os ensinamentos realizados, as ajudas técnicas que irá necessitar e onde será realizada a reabilitação após a alta. Procedimento efetuado pelo EEER, de acordo com a avaliação prévia da pessoa, baseado nas potencialidades de reabilitação e no seu enquadramento familiar. É também realizada a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, procedimento em consonância com equipa multidisciplinar, sendo escolhido um dos tipos de rede de acordo com as necessidades de cada pessoa.

O desempenho do EEER envolve múltiplos vetores de intervenção que “incluem o de educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro da equipa” (Hoeman, 2000, p.20), os quais contribuem para ganhos em saúde para o doente/família/cuidador e melhoria no desempenho da equipa multidisciplinar.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Spinal Injury Association (2003). *References Manual of the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury*. Chicago: ASIA.
- Ares, M.; Cristiante, A. (2007). Reabilitação da Medula Espinal - Tratamento. In Greve, J. *Tratado de Medicina de Reabilitação* (p.405-411). São Paulo: Roca.
- Assis, G.; Faro, A. (2011). Autocateterismo vesical intermitente na lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Vol.45, 1. São Paulo.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 11–18.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (p. 294). Coimbra: Quarteto Editora.
- Boterf, G. (1994). *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Éditions D'organisation.
- Brunozi, A. E., Silva, A. C., Gonçalves, L. F., & Veronezi, R. J. B. (2011). Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. *Revista Neurociências*, 19(1), 139–144.
- Cabete, D. (2012). *Jornal de Aprendizagem: Conceito e utilização (documento policopiado)*. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Carvalhais, M. D. (2010). *Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes*. Universidade de Aveiro.
- Cerezetti, C., Nunes, G., Cordeiro, D., Tedesco, S. (2012). Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. *O Mundo da Saúde*. (p. 318-316).
- Collière, M.-F. (1989). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (CIPE): versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Dantas, D., Amaro, J., Silva, P., & Margalho, P. (2012). Avaliação da Recuperação Funcional em Lesionados Medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM) - Contributo para a Validação da Versão Portuguesa. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Física E de Reabilitação*, 22(2), 20–27.

- De Lisa, J. A. (2002). *Tratado de Medicina de Reabilitação - Princípios e prática* (2ª ed.). São Paulo: Manole.
- Dewis, M. E. (1989). Spinal cord injured adolescents and young adults: the meaning of body changes. *Journal of Advanced Nursing*, 14(5), 389–96.
- Direção Geral do Ensino Superior (2008). Descritores Dublin. *Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Acedido em 29-06-2013. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>.
- Direção Geral de Saúde (1996). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Acedido em 12-01-2014. Disponível em: <http://www.dgsaúde.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>.
- Ditunno, J. F., Young, W., Donovan, W. H., & Creasey, G. (1994). The international standards booklet for neurological and functional classification of spinal cord injury. *International Medical Society of Paraplegia*, 32(2), 70–80.
- Elsen, I., Marcon, S., & Silva, M. (2002). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença* (p. 460). Maringá: Eduem.
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XII(1. Supl 1), 45–54.
- Foster, P., Bennett, A., (2000) Dorothea E. Orem. In George, Julia B. (Coords). *Teoria de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. (p.83-101). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Frederico, M., & Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para Enfermeiros* (p. 193). Coimbra: Formasau.
- Gândara, M. (2012). *Estágio com Relatório - Documento Orientador*. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Gastaldi, A., Magalhães, C., Baraúna, M., Silva, E., & Souza, H. (2008). Benefits of postoperative respiratory kinesiotherapy following laparoscopic cholecystectomy. *Revista de Fisioterapia*. Vol. 12, Nº2, 12(2), 100–106.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª ed., p. 375). Porto Alegre: ArtMed.
- Heitor, C. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória* (2ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hesbeen, W. (2003). *Reabilitação – Criar novos Caminhos*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (2<sup>a</sup> ed., p. 787). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis (2004). Global Summary of Spinal Cord Injury, Incidence and Economic Impact. *Rick Hansen Spinal Cord Injury Registry*. Acedido em 25-06-2013. Disponível em: <http://sci-bc-database.ca/wp-content/uploads/SCI-Facts-and-Stats-2005.pdf>.
- Kozier, B. B., Erb, G., & Olivieri, R. (1993). *Enfermaria Fundamental: Conceptos, procesos y prácticas* (p. 743). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Lee, B. B., Cripps, R. A., Fitzharris, M., & Wing, P. C. (2013). The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal Cord*. doi:10.1038/sc.2012.158.
- Linsey, L., Klebine, P., Wells, M. (2000). Acedido em 23-05-2013 de UAB School of Medicine. Disponível em: <http://www.uab.edu/medicine/sci/uab-scims-information/sci-infosheets>.
- Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre: acquérir un savoir infirmier*. Paris: LEP, Loisirs et pédagogie.
- Martins, F. (1999). Epidemiologia e tratamento vértebro-medulares: avaliação na Região Centro. *Arquivos de Fisiatria, Vol.6,21*, 5-26.
- Maynard, F., Bracken, M., Creasey, G., Ditunno, J., Donovan, W., Ducker, T., & Young, W. (1997). International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. *Spinal Cord*, 35, 266–274.
- Mauk, K. (2011). Overview of Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing: A Contemporary Approach to Practice* (p. 1–13)(s.l.). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (p. 641). New York: Springer Publishing Company.
- Melo, A. (2001). Agir localmente, pensar globalmente: Testemunho de um percurso inspirado em Paulo Freire. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(1), 115–122.
- Meneguessi, G. M., Teixeira, J. P. D. S., Jesus, C. A. C. de C. A. C. de, Pinho, D. L. M., Kamada, I., & Reis, P. E. D. (2012). Reabilitação na Lesão Medular: Reflexão sobre Aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem. *Journal of Nursing*, 6(12), 3006–3012. doi:10.5205/reuol.2265-25464-1-LE.0612201218
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resilente*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Ministério de Saúde. (2005). Portal da Saúde - O que é a reabilitação? Acedido em: 3-11- 2012. Disponível em:  
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm>.
- Nakatani, A. (2000). *Processo de Enfermagem: Uma Proposta de Ensino através da Pedagogia da Problematização*. Tese de Doutoramento. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2012). Acedido em 12-05-2013 de National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Disponível em:  
<http://ninds.nih.gov/disorders/sci/sci.htm>.
- National Spinal Cord Injury Statistical Center (2006). *The 2006 Annual Report for the model spinal cord injury care systems*. Acedido em 12-05-2013 de Spinal cord injury information network. Disponível em:  
<http://imagens.main.uab.edu/spinalcord/pdffiles/NSCIC%20Annual%2006.pdf>.
- National Spinal Cord Injury Statistical Center (2011). *Lésion de la Médula Espinal - Datos y Cifras a la Vista*. Acedido em 15-03-2014 de Centro de Estadísticas Nacionales de Lesiones de Médula Espinal. Disponível em:  
[https://www.nscisc.uab.edu/public\\_content/fact\\_figures\\_docs/FactsFeb2011%20Spanish%20Final.pdf](https://www.nscisc.uab.edu/public_content/fact_figures_docs/FactsFeb2011%20Spanish%20Final.pdf).
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, R. (2010). *Corpus Alienum - Psicologia e trabalho psicoterapêutico na reabilitação física*. Coisas de Ler, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Conselho Jurisdicional - Parecer CJ/20 - 2001. 2001-05-14. *Parecer sobre passagem de turno junto dos doentes, em enfermarias*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 2014/03/16. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CJ\\_20-2001.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 18-03-2014. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Código Deontológico*. Lisboa. Acedido em: 18-12-2013. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros (2009b). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. *Cadernos O.E.*, 1(2), 370.
- Ordem dos Enfermeiros (2009c). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE). Individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido em 11-01-2014. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/DesenvolvimentoProfissional.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12-04-2013. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunsEnfermeiro.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12-04-2013. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacaoAprovadoAG20Nov2010.pdf>.
- Orem, D. (1993). *Conceptos de Enfermería en la Práctica*. Barcelona: Idiciones Científicas y Técnicas, SA.
- Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice* (5ª ed.). New York: Mosby.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed., p. 542). St. Louis: Mosby – Year Book.
- Padilha, J. M. dos S. (2001). *Enfermagem em Neurologia* (1ª ed., p. 220). Coimbra: Formasau.
- Padula, M. P. C., & Souza, M. F. de. (2008). Identificação dos requisitos universais de autocuidado e seus déficits no lesado medular. *Saúde Coletiva*, 4(19), 18–24.
- Parker, M. E. (2005). *Nursing Theories & Nursing Practice* (2ª ed., p. 409). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Pedro, A. S. S. (2011). *Caracterização de adultos com lesão medular em regime de internamento. Relação entre independência funcional, locus de controlo e qualidade de vida*. Tese de Mestrado em Psicologia. Universidade de Aveiro. Departamento de Educação.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da enfermagem* ( p. 105). Coimbra: Formasau.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Pires, M. (2000). Eliminação e Continência Vesical. In Hoeman, S. (2ª ed). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (p.453-487). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigacion científica en ciencias de la salud* (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Sartori, J., Neuwald, M. F., Bastos, V. H., Silva, G., Mello, M. P., Freitas, M. R. G. De, ... Orsini, M. (2009). Reabilitação física na lesão traumática da medula espinhal : relato de caso, 17(4).
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2012). *Como viver com uma lesão medular e manter-se saudável*. Livro informativo. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Segal, M. E., Ditunno, J. F., & Staas, W. E. (1993). Interinstitutional agreement of individual functional independence measure (FIM) items measured at two sites on one sample of SCI patients. *Paraplegia*, 31(10), 622–31. doi:10.1038/sc.1993.101.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar Idosos com Dependência Física e Mental* (p. 388). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Simões, C. (2008). *Paraplegia: Prevalência, Etiologia e Processo de Reabilitação*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.
- Silva, G. A. da, Schoeller, S. D., Gelbcke, F. L., Carvalho, Z. M. F. de, & Silva, E. M. de J. P. da. (2012). Avaliação Funcional de Pessoas com Lesão Medular: Utilização da Escala de Independência Funcional - MIF. *Texto Contexto Enferm.*, 21(4), 929–936.
- Silva, M. S. (2010). *O Acesso aos Cuidados de Enfermagem após a Alta Hospitalar: uma análise do impacte da partilha de informação*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Sussams, J. E. (1996). *Como fazer um relatório* (3ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Van den Berg, M. E. L., Castellote, J. M., Mahillo-Fernandez, I., & Pedro-Cuesta, J. (2010). Incidence of spinal cord injury worldwide: a systematic review. *Neuroepidemiology*, 34(3), 184–92; discussion 192. doi:10.1159/000279335.

Vilão, Ó. (1995). Entre a Vida e a Morte: ser doente em fase terminal. In *Jornadas Entre a Vida e a Morte*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto.

## **APÊNDICES**

# **APÊNDICE I**

## **PROJETO DE FORMAÇÃO**




## **4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização  
Enfermagem de Reabilitação**

### **INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM TETRAPLEGIA – FASE DE SEQUELAS**

**Ricardo Jorge Vicente Cunha, Aluno nº4755**

**Lisboa  
Julho de 2013**





## **4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização  
Enfermagem de Reabilitação**

**Opção II  
PROJETO DE FORMAÇÃO**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA  
COM TETRAPLEGIA – FASE DE SEQUELAS**

**Ricardo Jorge Vicente Cunha, Aluno nº4755**

**Professor Coordenador João Paulo Oliveira  
Professora Orientadora Maria do Céu Sá**

**Lisboa  
Julho de 2013**



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AVD – Atividades de Vida Diária

ASIA – American Spinal Injury Association

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EUA – Estados Unidos da América

LVM – Lesão Vertebral Medular

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	
<b>1. A PESSOA COM LESÃO VERTEBRO MEDULAR (LVM).....</b>	
1.1. Alterações Homeostáticas devido à ocorrência de LVM.....	
1.2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação...	
1.3. Modelo Conceptual – Teoria do Défice de Autocuidado de Elizabeth Orem.	
<b>2. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO.....</b>	
2.1. Problema Geral .....	
2.1.1. Problemas Parcelares .....	
2.2. Objetivos Gerais e Específicos.....	
2.3. Escolha e Fundamentação dos Campos de Estágio .....	
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação foi solicitada a realização de um projeto de formação na Unidade Curricular de Opção II, o qual tem como objetivo primordial o desenvolvimento de competências na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

A metodologia de projeto de formação, constitui um desafio pessoal, na medida em que este projeto de acordo com Cortesão (1990), irá através de uma atividade intencional procurar produzir conhecimentos, adquirir e desenvolver capacidades, refletir e integrar conhecimentos teóricos/práticos onde a prática alimenta a teoria e a teoria fundamenta a prática e, rever ou adquirir atitudes resolvendo os problemas que preocupam o investigador através de uma dinâmica integradora na autêntica questão.

Subjacente à obrigatoriedade formal da realização deste projeto, está a essência da reflexão. De facto, é necessário refletir antes de agir, de acordo com Melo (2001) a sociedade não se transforma apenas através de grandes reformas, das mega estratégias, mas estará a evoluir sempre que cada um de nós pensa e age em coerência, visando o aperfeiçoamento próprio e dos outros.

Ao longo da sua realização, este projeto, irá integrar saberes que ao longo do curso serão mobilizados no sentido de aquisição de novas competências, colocando o estudante como responsável pelo seu percurso de aprendizagem, na medida em que a este cabe as escolhas das estratégias e atividades a desenvolver, de forma a adquirir as competências que assume como importantes para o seu futuro desempenho enquanto enfermeiro especialista.

Este documento pretende ser o projeto para um importante momento de aprendizagem, tendo em conta os objetivos que delinee, tentando fazer o seu cruzamento com os objetivos do curso, assentando nas minhas motivações e experiências de vida.

Para Dewey (1968) “o projeto supõe a visão de um fim”, desta forma, o fim que pretendo alcançar é o desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação de forma a promover o autocuidado da pessoa com tetraplegia devido lesão vertebro medular (LVM).

Segundo Legrand (1982) a pedagogia do projeto caracteriza-se pelo objeto de estudo e tem um valor afetivo para o aluno, a elaboração do mesmo dá lugar a uma antecipação coletiva e formal das várias fases do seu desenvolvimento e do objetivo a atingir; deve dar origem a uma produção esperada com investimento afetivo; ser flexível; com a possibilidade de reorientá-lo conscientemente e dá lugar a uma alternância individual e negociação coletiva (orientadores).

As competências segundo Benner (2001) não devem ser a mera passagem do tempo, nem a longevidade; mas o refinamento de noções e teorias pré-concebidas ao encontrar muitas situações práticas reais que acrescentam à teoria *nuances* ou sombreados de diferença.

Este momento de aprendizagem é fundamental para a aquisição de competências, pois é em contexto de estágio que se mobilizam os conhecimentos, se faz a transferência, se reflete na ação, contribuído deste modo para a construção de um novo saber.

A motivação pessoal inerente a este processo de aprendizagem surgiu devido ao facto de desempenhar funções num serviço de neurocirurgia, há cerca de dez anos, desta forma a área de neurocirurgia e neurotraumatologia sempre me suscitaram elevado interesse, pelo que tenho procurado ao longo do tempo fundamentar o meu conhecimento. Apesar de ter presentes alguns conhecimentos neste âmbito, adquiridos ao longo do tempo pela experiência profissional e pelo investimento pessoal na formação, fui sentindo, no decorrer deste último ano, devido à frequência das unidades curriculares que fazem parte deste mestrado, necessidade de aprofundar o meu grau de saber nos cuidados ao doente do foro neurotraumatológico.

A Neurocirurgia é uma área de extrema importância no mundo da Saúde, engloba patologias vasculares cerebrais como as malformações arteriovenosas, hematomas subdurais e hemorragias subaracnoideias. Comporta também toda a vertente oncológica que possa afetar o Sistema Nervoso Central, nomeadamente

menigeomas, gliomas, astrocitomas, entre outros. Inclui hérnias discais e outras patologias que afetam a coluna vertebral e toda a área neurotraumatológica como é o caso da LVM, normalmente com efeitos de paraplegia ou tetraplegia no indivíduo que a sofre.

Todas estas patologias, entre outras associadas a esta especialidade médico-cirúrgica, têm importantes impactos para a pessoa, para a sua vida pessoal e familiar e na maioria das vezes para o resto da vida. Torna-se então evidente que esta pessoa no decorrer deste processo de transição saúde-doença, vai apresentar uma necessidade de cuidados de enfermagem acrescida.

A LVM é, sem dúvida, um tipo de lesão muito grave, pois dá origem a disfunções que influenciam a qualidade de vida de um indivíduo, das múltiplas formas de incapacidade que podem atingir o ser humano, a lesão medular é sem dúvida uma das mais dramáticas. Se pensarmos na importância fisiológica da medula, não só como transmissor de impulsos e mensagens do cérebro para todas as partes do corpo e vice-versa, mas também como um centro nervoso em si próprio, controlando funções como postura, micção, intestino, função sexual, respiração e regulação térmica, apercebemo-nos das consequências que uma lesão a este nível poderá ter (Faria, 2006).

A LVM é uma lesão na medula espinhal que causa interrupção parcial ou total das funções reflexas e voluntárias ao nível abaixo da lesão (Cardoso, 2000; Carvalho & Damasceno, 2003).

Ao longo do tempo tem sido efetuada uma tentativa de classificação da LVM, entre paraplegia e tetraplegia, completas e incompletas. Fala-se de tetraplegia como sendo uma lesão na medula espinhal ao nível da região cervical com uma associação de perda da força muscular nos quatro membros (Maurice, Ropper, & Adams, 2002).

Havendo todas estas alterações possíveis, torna-se evidente que estamos perante uma área de grande pertinência para a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Tendo em conta as competências específicas do EEER, nomeadamente: “a) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação

da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010, p.2), constata-se que a atuação do EEER na pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas engloba de forma bastante evidente, todas as competências inerentes ao mesmo.

Com este projeto de formação pretendo adquirir competências de Enfermagem de Reabilitação no sentido de identificar as necessidades da pessoa com tetraplegia devido a LVM, atuar sobre as sequelas, prevenir complicações, promover a autonomia da pessoa e melhorar a sua qualidade de vida. Desta forma proponho o seguinte tema: Promoção do Autocuidado na Pessoa com Tetraplegia em fase de sequelas – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Contextualizado o projeto, na presente introdução, apresento a fundamentação teórica, efetuada através de pesquisa sistematizada em artigos científicos, teses de mestrado e livros, procurando enquadrar a LVM e toda a implicação na vida da pessoa com tetraplegia, assim como as competências do EEER, tendo como quadro conceptual a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, passando depois à respetiva escolha e fundamentação dos campos de estágio, descrição das competências a adquirir e os respetivos planos de atividades.

Terminarei o documento com pequena reflexão que me permitirá expor as minhas considerações finais.

## **1. A PESSOA COM LESÃO VERTEBRO MEDULAR (LVM)**

A coluna vertebral, que consiste no suporte mais importante do corpo Humano, encontra-se dividida em secções e é composta por 33 vértebras, 24 das quais são móveis e 9 fixas (Linsey, Klebine & Wells, 2000; Simões, 2008).

A espinal medula, o maior nervo do corpo humano, funciona como uma via utilizada para enviar as mensagens entre o cérebro e as restantes partes do corpo. Mede cerca de 42 a 45 cm nos adultos, e é protegida pelas vértebras da coluna vertebral. A espinal medula prolonga-se desde a base do cérebro até à região lombar. Os nervos raquidianos ligam a espinal medula aos músculos esqueléticos e são oito pares de nervos cervicais, doze pares de nervos torácicos, cinco pares de lombares, cinco pares de nervos sacrados e um par de coccígeo (Linsey, Klebine, & Wells, 2000; Simões, 2008).

Numa LVM traumática, ocorre, normalmente, uma fratura, compressão ou deslocamento de vértebras que protegem a espinal medula. Os danos são normalmente causados pelos fragmentos de ossos, de discos ou de ligamentos que ferem ou dilaceram a espinal medula e/ou os nervos raquidianos. Numa doença ou infeção, o mesmo resultado pode acontecer. Depois de uma LVM ocorrer, os nervos raquidianos que se encontram na parte superior à lesão funcionam normalmente enquanto os que se encontram no local da lesão ou abaixo, deixam de poder enviar "mensagens" ao cérebro ou a qualquer parte do corpo, como faziam anteriormente (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2012; Linsey, Klebine & Wells, 2000).

O traumatismo vertebro medular constitui-se como um tipo de traumatismo muito grave, pois dá origem a disfunções que influenciam, dramaticamente, a qualidade de vida de um indivíduo. No caso de se situarem na coluna cervical, podem levar à morte, com exceção dos traumatismos de C1 e C2 que, pelo facto de nesse local a medula só ocupar 35% do espaço do canal medular, são relativamente benignos (Padilha, 2001).

A LVM resulta de traumatismos ou doenças que afetam a espinal medula (Linsey, Klebine & Wells, 2000), sendo a mesma provocada por traumatismo mais frequente do que devido a doença.

A incidência da LVM traumática nos Estados Unidos da América (EUA) é de 30-60 novos casos por ano por 1.000.000 na população, o que supõe uns 10.000 casos novos por ano. Baseado na prevalência estimada, o número de casos varia aproximadamente de 183.000 a 230.000 nos EUA, o que equivale a 700-900 casos por milhão na população (National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2006).

Os custos com os tratamentos à pessoa com LVM rondam os 7,7 biliões de dólares anuais nos EUA, 1,5 biliões de dólares no Canadá, 1 milhão de dólares na Austrália e cerca de 500 mil libras no Reino Unido (International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis, 2004).

A principal causa da LVM é traumática, constituindo os acidentes de viação o seu principal fator, pois é provocada por uma ação violenta direta ou indireta contra o organismo, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas, poderá estar em causa uma lesão óssea e/ou da própria medula; desta ação poderá ocorrer compressão, tração ou rotura dos tecidos. (OE, 2009).

Nos EUA, os acidentes rodoviários são a principal causa de lesão medular, com cerca de 48% de incidência (Phipps et al., 2003). Em Portugal, a causa maioritária das LVM também é traumática e, em 39% destes casos, é devida a acidente de viação. No entanto, também contribuem para a lesão traumática, acidentes de trabalho, quedas de altura elevada, agressões a tiro e atividades como surf, bodyboard, mergulho e parapente, entre outros (Simões, 2008).

As lesões não traumáticas são normalmente provocadas por doenças ou condições patológicas, como lúpus, alterações da função vascular, tumores, infeções, malformações e processos degenerativos ou compressivos (Cerezetti, Nunes, Cordeiro, & Tedesco, 2012; Pedro, 2011).

Um estudo de incidência mundial realizado sobre a LVM de natureza traumática (Lee et al., 2013), efetuado em 2011, estimou que a taxa de incidência global destes casos é de 23 casos por milhão, ou seja 179 312 casos novos por ano. Diversas taxas de incidência de países da Europa Ocidental foram reportadas nesse estudo, sendo que a mediana calculada foi de 16 casos por milhão. Num outro

estudo (Van den Berg et al., 2010) foi referida uma taxa de incidência de lesões vertebro-medulares traumáticas, em Portugal, na ordem dos 57,8 indivíduos por milhão.

De um modo geral, a LVM traumática, ocorre com mais frequência no sexo masculino do que no feminino (numa proporção de 8:2) e nos jovens, sendo o grupo etário dos 15-25 anos, o que constitui cerca de 50% das lesões vertebro-medulares traumáticas (Simões, 2008).

A distribuição das fraturas, de acordo com a sua localização na coluna vertebral não é homogénea, e está relacionada com as diferenças anatómicas e funcionais dos diferentes segmentos da coluna vertebral. As fraturas da coluna cervical e torácica são as mais frequentes do esqueleto axial e correspondem a cerca de 89% de todas as fraturas (DeVivo, 2002).

A LVM pode ser definida por uma interrupção completa ou incompleta dos feixes nervosos, responsáveis pela função motora e sensitiva, bem como pelo controlo autónomo do sistema de órgãos (Adams & Victor, 1996).

A American Spinal Injury Association (ASIA) atualizou em 2003 a edição criada em 1996 dos *International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury* (ASIA, 2003). Esta publicação possui a finalidade de homogeneizar a classificação da lesão medular. Podemos, deste modo, caracterizar esta patologia quanto ao nível e extensão da lesão (Maynard et al., 1997).

Define-se tetraplegia como a redução ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos cervicais, devido à lesão do tecido nervoso medular. Desta lesão pode resultar a redução ou perda de função nos membros superiores, no tronco e nos órgãos abdominais-pélvicos (ASIA, 2003).

A paraplegia refere-se à redução ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos torácicos, lombares ou sacrados, em consequência da lesão do tecido nervoso medular. Neste caso, o funcionamento dos membros superiores está preservado. No entanto, em função do nível da lesão, pode resultar redução ou perda de função do tronco, dos membros inferiores e dos órgãos abdominais-pélvicos. Neste termo pode incluir-se a lesão do cone medular e da cauda equina (ASIA, 2003).

Relativamente à extensão transversal da lesão medular, podemos defini-la como completa ou incompleta. Nas lesões completas é constatada a ausência de função motora e sensitiva abaixo do nível neurológico, incluindo o último segmento sacrado. As lesões incompletas são definidas como havendo preservação parcial da função sensitiva e/ou motora, abaixo do nível neurológico, incluindo o último segmento sacrado (ASIA, 2003).

Tal como recomendado pela ASIA (2003), o exame neurológico avalia, sucessivamente a sensibilidade e a motricidade, de modo a definir os níveis de lesão, tanto sensitivo como motor. Assim a quantificação do exame neurológico, efetuado segundo critérios da ASIA, permite classificar objetivamente cada doente, bem como permite avaliar as consequências funcionais.

A evolução do quadro de LVM pode ser dividida em três fases, a fase de choque medular; fase subaguda e fase de sequelas. Embora a reabilitação se inicie na fase subaguda é na fase de sequelas que se potencializa.

A fase de choque medular traduz a depressão reflexa dos segmentos medulares abaixo da lesão, devido à perda da estimulação descendente (Lianza, 2001). Caracterizada por uma perda transitória de toda a função neurológica, traduzindo-se em paralisia flácida que pode durar duas semanas, ocasionalmente vários meses e às vezes permanentemente, após o choque a paralisia torna-se espástica. Um sinal de mau prognóstico é quando os reflexos imediatamente acima da lesão estão deprimidos (Greenberg, 2003; Dawodu, 2011). O choque neurogénico é caracterizado por alterações do sistema nervoso autónomo, particularmente o sistema nervoso simpático e é manifestado pela tríade de sintomas hipotensão, bradicardia e hipotermia (Dawodu, 2011).

Superada a fase de choque medular, inicia-se a reorganização funcional das estruturas medulares localizadas abaixo da lesão, o arco reflexo, destinado ao músculo que permaneceu anatomicamente íntegro, volta a funcionar, porém sem impulsos inibidores e reguladores procedentes do cérebro. A medula libertada das influências inibidoras supra-espinhais reage, de forma excessiva e incoordenada, aos estímulos aferentes periféricos (cutâneos, musculares, articulares, viscerais), dando lugar a respostas reflexas localizadas, ou em massa, denominadas automatismos medulares. (Dawodu, 2011).

A terceira e última fase, também designada de fase de sequelas ou de ajustamento, na qual o paciente se ajusta à sua situação de tetra ou paraplégico. Para atingir esta fase, a reabilitação é fundamental, já que permitirá a convivência do doente com as suas limitações. É aqui que o paciente consegue um domínio sobre todas as suas funções, mesmo que elas não respondam ao controlo voluntário, constituindo a condição básica para poder iniciar o desenvolvimento de toda a sua capacidade como ser humano (Lianza, 2001).

### **1.1. Alterações Homeostáticas devido à ocorrência de LVM**

A LVM é responsável por diversas alterações que põem em causa a homeostasia da pessoa.

As alterações cardiovasculares consistem na alteração do débito cardíaco e diminuição da profusão do mesmo, desenvolvendo arritmias cardíacas, resultante da interrupção do funcionamento do sistema nervoso simpático e perda da resposta vasoconstritora abaixo da lesão (Menino, 2012).

As alterações vasomotoras também são frequentes e as mais prevalentes destas são a hipotensão ortostática e a disreflexia autónoma. A hipotensão ortostática ocorre devido a deficiência do reflexo vasomotor, que não mantém níveis da pressão arterial compatíveis com uma boa irrigação cerebral, acontece principalmente quando se inicia a posição de sentado.

Por outro lado a disreflexia autónoma ocorre quando existe uma alta incidência da disfunção autónoma e decorre da falta de comunicação dos ramos simpático e parassimpático do sistema nervoso autónomo ao nível da lesão (Menino, 2012). É uma resposta exagerada do sistema nervoso simpático a um estímulo nociceptivo abaixo do nível da LVM, criando uma crise aguda, potencialmente fatal, surgindo particularmente em pessoas com lesão completa a nível cervical ou dorsal alto, até ao nível de T6 (Hoeman, 2000; Donovan, 1990). Esta traduz-se por incapacidade de controlo cardiovascular e é recomendada uma avaliação da função autónoma, pode ocorrer a qualquer momento, à medida que os movimentos espásticos substituem a flacidez, quando retornam os reflexos vasomotores mediados pelo sistema nervoso simpático (Menino, 2012) . De acordo com Dawodu (2011) é caracterizado por um

quadro de emergência médica que é acompanhado por cefaleia latejante, rubor facial, visão turva, observação de pontos brilhantes, congestão nasal, sudorese profusa, hipertensão e bradicardia, sendo a distensão e contração vesical a sua principal causa.

As alterações respiratórias, hipoventilação com parésia dos músculos respiratórios e aumento de secreções brônquicas com depressão do reflexo da tosse, são problemas relacionados com a LVM, sobretudo acima de T6. De acordo com Braverman (2006) em 50% dos pacientes cuja lesão envolve a coluna cervical superior, sofrem imediatamente compromisso respiratório com risco de vida. Pacientes com lesão da coluna cervical frequentemente necessitam de traqueostomia permanente e ventilação mecânica que pode ser intermitente ou permanente. Aqueles com lesões acima da vértebra C4 sofrem por vezes paralisia respiratória permanente. Pacientes com lesão na região cervical inferior (C6 a C8) e parte superior do tórax (T1 a T6), perdem pelo menos 60% da sua força muscular inspiratória.

Quanto mais alto for o nível da lesão, maior o comprometimento respiratório. As complicações respiratórias são a principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes que sofreram lesões na medula espinhal cervical (Braverman, 2006).

Os problemas gastrointestinais são outros dos problemas associados à LVM, o esvaziamento do conteúdo gástrico lentificado, podendo existir refluxo e alterações do funcionamento do intestino (obstipação ou incontinência esfinteriana) constituem outro dos problemas. Lesões do Sistema Nervoso Central interrompem as vias nervosas entre o cérebro, a medula espinhal e o aparelho digestivo, podendo provocar o denominado intestino neurogénico, reflexo, quando a lesão medular se dá acima dos segmentos sagrados, mantendo o arco reflexo íntegro; ou autónomo, quando a lesão medular se dá nos segmentos sagrados ou abaixo deles, em que o arco reflexo está ausente (Hoeman, 2000).

As alterações ao nível da eliminação vesical resultam essencialmente em dois tipos de bexiga neurogénica, a reflexa e a autónoma. Na bexiga neurogénica reflexa não existe sensação de bexiga cheia nem micção voluntária, o arco reflexo permanece intacto, a micção é involuntária e pode ser incompleta devido a contrações descoordenadas da bexiga. Há diminuição da capacidade vesical e, com

frequência, o detrusor hipertrofia (dissinergia detrusor-esfíncter), provocando aumento da resistência ao fluxo de saída, grandes pressões intravesicais, elevados volumes residuais e fraco esvaziamento vesical (Hoeman, 2000).

Na bexiga neurogénica autónoma a sensibilidade e o controlo motor estão ausentes, a lesão ocorre na cauda equina, envolvendo o arco reflexo. A micção é involuntária, ocorrendo quando a urina excede a capacidade superior ao normal. Não há contrações desinibidas, há diminuição da pressão intravesical e presença de urina residual. É possível esvaziar parcialmente a bexiga fazendo esforço ou exercendo pressão manual sobre ela (Hoeman, 2000).

Atualmente existem estudos urodinâmicos que medem a capacidade vesical, perspetivando a adequação das intervenções. O controlo da eliminação vesical e intestinal é um problema relacionado com a independência, a higiene pessoal e a autogestão (controlo dos esfíncteres) contribuindo para a autoestima e consequentemente para a sua reintegração social e familiar (Santos, 2013).

Ao nível músculo-esquelético existem alterações como as contraturas e a espasticidade. Segundo Garoutte (1984) os tecidos conectivos e musculares, quando não são sujeitos regularmente a alongamento, mostram propriedade de encurtamento. Na pessoa com LVM é ameaçada a possibilidade de manter amplitude normal de movimentos, os efeitos da gravidade sobre as articulações flácidas e a falta de forças opositoras sobre uma articulação podem contribuir para o desencadeamento de uma contratura. Por sua vez a espasticidade, alteração motora caracterizada por hipertonia e hiper-reflexia, resulta de um aumento da resposta do reflexo de estiramento muscular, diretamente proporcional à velocidade do mesmo, por inibição do sistema de modulação inibidor supra-espinhal (Garoutte, 1984; Kottke, Stillwell, & Lehmann, 1986). Em qualquer ponto do processo de recuperação, a espasticidade pode ter dominância flexora ou extensora, sendo contudo de predomínio nos músculos anti gravitacionais (Garoutte, 1984).

Outras complicações associadas à LVM, são:

Aparecimento de tromboflebitas ao nível dos membros inferiores causados pela imobilidade, podendo provocar a obstrução arterial consequente da coagulação intravascular;

Embolias pulmonares, quando um trombo sanguíneo se desloca e aloja na artéria pulmonar;

Úlceras por pressão devido à diminuição de oxigénio e nutrição por compressão das proeminências ósseas;

A dor, descrita como associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo as componentes sensorial e emocional da pessoa que a experimenta, apresentando uma grande variabilidade na sua perceção e expressão para uma mesma estimulação. Induz sofrimento, refletindo-se negativamente na qualidade de vida. A pessoa com LVM apresenta frequentemente quadro de dor, com evolução tendencial para a cronicidade, normalmente manifestadas através de cervicalgias, dorsalgias, lombalgias, dores localizadas, dores viscerais, etc (OE, 2009).

A sexualidade também é alterada com a LVM, o desejo sexual inicia-se no cérebro alimentando-se dos mais variados estímulos, estas alterações da sexualidade podem induzir a alterações da autoestima, distúrbios do humor, ansiedade e depressão, levando ao choque emocional, pois a pessoa começa a aperceber-se da sua situação, faz perguntas e obtém respostas incompletas. As alterações psicológicas nestas pessoas assumem uma proporção igual e muitas vezes superior à lesão física. Assim a reabilitação da sexualidade é mais do que algo somente biológico, integra aspetos físicos, emocionais, intelectuais e sociais, assumindo o desenvolvimento de um trabalho realizado em equipa multidisciplinar um papel fundamental (OE, 2009).

A LVM desencadeia uma perturbação intensa na homeostasia orgânica, levando alterações e complicações importantes. O objetivo da intervenção precoce, durante o tratamento, consiste em prevenir complicações que ameaçam a vida, maximizando ao mesmo tempo o funcionamento de todos os sistemas orgânicos (Alves, Sousa & Pinto, 2001).

Segundo Martins (1990), a reabilitação começa na admissão do doente com lesão vertebro medular na unidade de saúde. Durante a fase aguda, a atenção de médicos e enfermeiros está focalizada nas necessidades imediatas; contudo, não devemos esquecer a provável existência de incapacidade residual grave e as importantes alterações que se irão verificar no estilo de vida.

A reabilitação define-se como um processo que procura o desenvolvimento das capacidades remanescentes, permitindo que o indivíduo alcance a sua independência nas atividades físicas, profissionais e sociais, de acordo com o seu nível de lesão (Greve & Amatuzzi, 1999).

## **1.2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

As competências do EEER são fundamentais para a reabilitação deste tipo de doentes desde o momento do internamento, onde se proporciona o acolhimento, até ao momento de alta.

A vivência da tetraplegia devido a LVM, bem como o confronto com as várias limitações e as sucessivas adaptações a um novo estilo de vida, com repercussões relacionais, sociais, económicas e familiares, requerem o envolvimento e o suporte dos vários profissionais e rede social. Nesta conduta, também Hesbeen (2003) refere que o processo de reabilitação, para além da pessoa que recebe cuidados e da sua família, recorre a inúmeros intervenientes, a diversos profissionais. Todos eles, no lugar que ocupam e com a sua profissão ou atividade, contribuem para a cultura da reabilitação, nas instituições ou serviços especializados.

Hesbeen (2003) refere que a reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular, o interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a recuperação do seu corpo e regresso à normalidade deixam de ser possíveis. Este interesse pelo outro não pode ser confundido com a ajuda que presta a um indivíduo indeterminado, é o interesse particular, requerido pela singularidade da existência de determinada pessoa.

A reabilitação terá sempre como objetivo identificar o potencial de cada pessoa doente, personalizando as intervenções, no sentido de prevenir ou diminuir a incapacidade. O EEER tem a obrigação de promover as intervenções preventivas da Enfermagem de Reabilitação, não só para assegurar que os doentes conservem as capacidades funcionais, mas também para evitar mais incapacidade, para prevenir complicações, e para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade (Hoeman, 2000).

A LVM tem consequências nefastas na vida do indivíduo em todas as suas dimensões. A pessoa com tetraplegia apresenta-se como o maior exemplo de alterações significativas causadas pela LVM. As intervenções do EEER podem auxiliar na conquista de importantes marcos de independência no autocuidado. O acompanhamento da evolução da pessoa com tetraplegia e as contínuas avaliações, recorrendo à CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) representa um registo fidedigno do trabalho executado para a pessoa, que vê o resultado do seu trabalho e para o enfermeiro e restantes profissionais, dando visibilidade e cientificidade ao trabalho executado.

Constata-se que ao longo do ciclo de vida, a saúde e a doença fazem parte de um *continuum*, no qual coexistem aspetos como: a perda progressiva das capacidades do corpo, que não se renova; a transformação dos processos sensoriais, percetivos, cognitivos e afetivos; a mudança da autoimagem e do papel social; e ainda a diminuição ou perda total de autonomia. Todas estas vertentes se interrelacionam com a esfera familiar, com a esfera comunitária, com a esfera profissional e ainda com a esfera do lazer, constituindo áreas de análise, que podem contribuir para o entendimento do papel do Enfermeiro Especialista (Costa, 2002).

Para Hoeman (2000) a enfermagem de reabilitação é um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio da doença ou acidente e continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida.

De uma forma geral na pessoa com tetraplegia devido a LVM, existe um estado de transição percorrido entre o estado de saúde e o estado de doença, este processo tem implícita uma condição que limita a capacidade da pessoa para realizar as suas atividades de vida diária (AVD) sendo necessária a intervenção dos outros, enfermeiros ou cuidadores informais. A LVM constitui um grave problema de saúde pública tendo impactos na sociedade, a qual também apresenta um papel de importante relevo na recuperação destas pessoas.

### **1.3. Modelo Conceptual – Teoria do Défice de Autocuidado de Elizabeth Orem**

Em enfermagem, os cuidados prestados às pessoas são influenciados pelo modelo de cuidados adotado. Hoeman (2000, p.7) refere que “é reconhecida pelos enfermeiros de reabilitação a utilidade dos múltiplos níveis de capacidade de autocuidado dos utentes concebidos por Orem, a sua atenção ao todo e as suas importantes contribuições para a educação do utente”.

A Teoria de Enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem denominada Teoria do Défice de Autocuidado, baseia-se na premissa de que toda a pessoa adulta tem a capacidade de se autocuidar e, enquanto enfermeiros e futuros especialistas na área de reabilitação, devemos promover o autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade (OE, 2010).

De acordo com os factos referidos pretende-se conferir significado ao conhecimento para melhorar a prática, o que pode ser facilitador, pois ajuda a descrever, explicar e antever fenómenos, orienta a prática, o ensino e a investigação.

Orem (1995, p.8) define o autocuidado como sendo “o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam cada dia de forma a regular o seu próprio funcionamento”.

O autocuidado, segundo Orem (1993), é a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e que as pessoas iniciam e desempenham dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal. Esta atividade é influenciada por fatores condicionantes básicos como: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de cuidados de saúde (como sejam o diagnóstico médico e modalidades de tratamento), fatores do sistema familiar, do padrão de vida (inclui as atividades quotidianas), fatores ambientais, disponibilidade e adequação dos recursos, que os enfermeiros devem ter em conta quando estabelecem o plano individual de cuidados de enfermagem.

Para Orem todo o indivíduo possui habilidades, conhecimento e experiência adquirida que lhe possibilita a realização do autocuidado. Quando um indivíduo, por um qualquer motivo, não tem essas capacidades ele necessita que uma segunda

pessoa realize por si o autocuidado, e se essa pessoa for o enfermeiro, este é definido como o agente terapêutico de autocuidado (Petronilho, 2012).

O sucesso da reabilitação da pessoa com tetraplegia devido a LVM depende de uma adequada identificação dos problemas e da seleção das melhores alternativas para superar as dificuldades que as pessoas vivenciam, a situação de tetraplegia atinge de forma significativa a percepção que as pessoas têm da sua qualidade de vida, ao se confrontarem com a lesão e as suas limitações e com a incapacidade para levar a cabo um projeto de vida. Este tipo de doentes tem características muito específicas, apresentando uma enorme necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação em diversos níveis, dos quais podemos destacar o motor, sensitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação (vesical e intestinal), sexualidade, entre outros.

Para alcançar uma boa evolução na sua reabilitação, o indivíduo deverá ser englobado em todo o processo, desenvolvendo comportamentos adequados e dirigidos por metas. Poderá haver casos em que, a lesão em si, altera a motivação do indivíduo, causando instabilidade emocional, podendo essa condição interferir na capacidade de participar de forma significativa com comportamentos dirigidos para o seu autocuidado (Umphred et al., 2004).

É neste contexto que a mais-valia da intervenção do EEER toma corpo. De acordo com Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011, p.3) “A excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia. Assim, vemos a Enfermagem de Reabilitação como a área de intervenção de enfermagem, de excelência e referência, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem *deficit* funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade...”.

Desta forma e após ter sido realizada a intersecção da necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido LVM em

fase de sequelas com as competências inerentes ao EEER poder-se-á passar para o referencial teórico que estará na base deste projeto.

Orem (1993) definiu os conceitos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem, como forças dinamizadoras e orientadoras do seu modelo teórico de enfermagem. A autora define Pessoa com recurso ao termo “ser humano”, que é considerado diferente de outros seres vivos pela sua capacidade de refletir sobre si mesmo e o seu ambiente, simbolizar o que experimenta e usar as criações simbólicas (ideias e palavras) para pensar, comunicar e orientar os esforços para fazer coisas que são benéficas para si e para os outros. Este tem exigências próprias de autocuidado universais, de desenvolvimento e relacionados com desvios de saúde. Tendo em conta a situação de tetraplegia, esta pessoa pode vivenciar situações em que não tem capacidade para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, nestas situações Orem considera que existe um défice de autocuidado, exigindo a intervenção de enfermagem no sentido de dotar a pessoa com conhecimentos e habilidades de forma a adquirir a maior autonomia possível.

Ambiente é definido como tudo o que envolve a pessoa. Orem (1993) refere que o ser humano nunca está isolado no seu ambiente e que existe neste. O ambiente tem características físicas, químicas, biológicas e sociais, que podem interagir entre elas e que estão sujeitas a regulação ou controlo. Estas características são ambientais, socioeconómicas e culturais, da comunidade, humanas e podem afetar positiva ou negativamente a vida, saúde e bem-estar da pessoa, famílias e comunidade. A pessoa com tetraplegia devido a LVM está sujeita a fatores ambientais que podem condicionar a sua adaptação à situação de doença, condicionando as suas capacidades, o controlo destes fatores é preponderante para o equilíbrio da gestão das incapacidades que levam ao défice de autocuidado.

Esta teórica define Saúde apoiando-se na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) segundo a qual saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Acrescenta-lhe ainda os aspetos psicológicos e refere que a atuação sobre esta é realizada desde a perspetiva de cuidados de saúde preventivos (prevenção primária), ao controlo da doença nas fases iniciais (prevenção secundária) e à prevenção de complicações e incapacidades (prevenção terciária) (Orem, 1993).

A autora considera a Enfermagem como sendo um campo de conhecimento e serviço humano que tem por objetivo acompanhar/ajudar a pessoa a combater limitações e/ou incapacidades no exercício do seu autocuidado. Existem fatores relacionados com o conceito de enfermagem que são a arte e a prudência da enfermagem, a enfermagem como ação, o papel da teoria relacionada com a enfermagem e as tecnologias na enfermagem. O entendimento destes fatores permite a tomada de decisão numa base teórica orientada para os sistemas dentro do processo de enfermagem. Perante tal, na perspectiva da autora, consideramos a reabilitação como um recurso de ação de enfermagem. A atuação do enfermeiro é realizada de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que podem ser conjugados entre si - sistema de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio e ensino. Dentro destes sistemas o enfermeiro pode atuar através de cinco métodos de ajuda: agir ou fazer por, ensinar, orientar, apoiar ou proporcionar um ambiente em que o paciente se possa desenvolver ou crescer. O enfermeiro tem como principais preocupações as necessidades de ações de autocuidado do indivíduo, bem como o fornecimento e controlo destas, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença e compatibilizar-se com os seus efeitos (Orem, 1993).

Este modelo assume relevância para o desenvolvimento da arte de enfermagem ao dar especial ênfase ao autocuidado, o qual implica que o paciente seja integrado no seu projeto terapêutico. O enfermeiro assume preferencialmente um papel de suporte e acompanhamento do paciente, quando este não consegue por si só satisfazer as suas necessidades de autocuidado. A importância atribuída ao paciente assume-se como um fator a valorizar na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, uma vez que, cada vez mais, se perspetiva o envolvimento do utente no seu projeto terapêutico, encontrando-se de acordo com as indicações da OMS relativas à promoção da saúde (Carta de Ottawa, 1986).

O autocuidado, como conceito alvo da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, tem uma definição ampla. Para a pessoa é mais do que um conjunto de ações aprendidas, é um processo que permite que a pessoa e família adquiram independência e assumam a responsabilidade pelos cuidados pessoais (Hoeman, 2000).

## **2. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO**

### **2.1. Problema Geral**

Considerando a contextualização acerca da pessoa com tetraplegia devido a LVM e toda a problemática envolvente, que vai ao encontro das funções gerais e específicas do Enfermeiro de Reabilitação, o problema geral que emerge neste trabalho é: “Quais as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado da Pessoa com Tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas?”

#### **2.1.1. Problemas Parcelares**

Para dar resposta ao problema geral, foram definidos os problemas parcelares em forma de questão:

- Como é realizada a avaliação dos défices de autocuidado da pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas pelo EEER?
- Quais as necessidades de autocuidado na pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas?
- Quais as intervenções do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com tetraplegia em fase de sequelas?
- Quais as competências do EEER no planeamento e execução de intervenções promotoras do autocuidado da pessoa com tetraplegia em fase de sequelas?
- Como envolver a família no processo de reabilitação da pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas?
- Qual a importância do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas?

## **2.2. Objetivos Gerais e Específicos**

A definição de objetivos surge com fio condutor deste projeto a desenvolver, tendo em conta as competências específicas do EEER preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e as competências de Mestre de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação académica (Direção Geral do Ensino Superior, 2008), delineei os seguintes objetivos:

### **Objetivos gerais:**

- ✓ Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação no âmbito das alterações sensório-motoras, da alimentação, eliminação e sexualidade de forma a promover o autocuidado na pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;
- ✓ Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação no âmbito da pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório através de Reeducação Funcional Respiratória.

### **Objetivos específicos:**

- Conhecer a organização e dinâmica dos serviços de realização de estágio, e o modo como se articulam com outros serviços de saúde;
- Compreender a atuação do EEER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade nos locais de realização de estágio;
- Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação;
- Aprofundar conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação sobre reeducação funcional motora e sensorial à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;
- Identificar as necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM, em fase de sequelas, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa

enquanto ser único, nomeadamente no que diz respeito às alterações sensório-motoras, da alimentação, eliminação e sexualidade;

- Planear cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados, à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, considerando todos os recursos existentes;
- Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados, à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;
- Promover a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas através da articulação com a comunidade com vista à promoção do autocuidado;
- Identificar, planear e executar cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados, à pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório de acordo com as necessidades de Reeducação Funcional Respiratória;
- Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação.

A planificação das atividades a ser desenvolvidas de forma a atingir os objetivos atrás descritos é apresentada no Apêndice III, tal como o respectivo cronograma no Apêndice IV.

### **2.3. Escolha e Fundamentação dos Campos de Estágio**

De forma a passar à fase de operacionalização deste projeto e tendo em conta os objetivos definidos, a escolha do local de estágio teve como principal critério o facto de ser um local onde pudesse encontrar a pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas. Assim, o período de estágio, que decorrerá de 11 de Novembro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014, será desenvolvido num Centro de Reabilitação.

Para a obtenção de um melhor conhecimento, compreensão e adequação dos campos de estágio escolhidos, verificando a sua capacidade de dar resposta aos objetivos de formação, foi realizado um estudo de campo a esses mesmos locais,

tendo sido efetuados guiões de entrevista e guiões de observação como método de estruturação desse estudo.

Este Centro de Reabilitação é caracterizado desde a sua constituição, em 1966, por prestar um serviço de excelência em medicina de reabilitação. Apresenta-se como uma instituição de prestígio, que tem mantido ao longo dos anos um elevado nível de qualidade na resposta às necessidades do seu público-alvo, orientado para um investimento cada vez mais forte na neuro-reabilitação.

Este centro recebe pessoas com deficiência e potencial de reabilitação de qualquer ponto do país e mesmo de países estrangeiros, estando vocacionado para a reabilitação de pessoas portadoras de deficiência de predomínio físico, tanto congénita como adquirida, de qualquer idade. É um centro de referência a nível nacional na prática de reabilitação de pessoas e famílias vítimas de traumatismos neurológicos o qual visa providenciar e diligenciar, no máximo grau possível, a autonomia do paciente, a sua dignidade e autoestima, os seus direitos de cidadania e o seu envolvimento no tratamento.

Apresenta como recursos humanos profissionais de elevada diferenciação científica e profissional, de comprovada competência e cariz humanista orientado para as necessidades da pessoa doente.

Apresenta também como missão apoiar a formação e investigação dos profissionais em várias áreas da reabilitação, tendo sido uma instituição pioneira no que diz respeito à formação dos primeiros EEER.

Especificando o local de campo de estágio dentro do Centro de Reabilitação, este será desenvolvido no Serviço de Reabilitação de Adultos, serviço onde são prestados cuidados de reabilitação a adultos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos com sequelas de lesões medulares.

De acordo com a área temática em questão, este campo de estágio apresenta todas as potencialidades para aquisição de competências de enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado na pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas.

Gostaria ainda de referir que de 30 de Setembro a 8 de Novembro de 2013 desenvolverei a fase inicial de estágio no Núcleo de Enfermagem de Reabilitação de

um Hospital Central, durante o qual tenho como objetivo adquirir competências de Enfermagem de Reabilitação no âmbito da reeducação funcional respiratória.

De acordo com as informações recolhidas junto da enfermeira responsável pelo Núcleo de Enfermagem de Reabilitação, a população abrangida por este Hospital está muito envelhecida o que condiciona uma maior incidência de doenças associadas, tendo como consequência um acréscimo de complicações tanto do foro cardiorrespiratório como neuro-motor. Este facto leva frequentemente a um prolongamento do tempo de internamento, com necessidade de maior complexidade dos cuidados pós cirúrgicos na fase aguda e a um maior dispêndio de tempo na prestação dos mesmos. Desta forma, o objetivo primordial do núcleo prende-se com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, que deve ser realizada de forma global pela equipa que o constitui, nomeadamente no âmbito da reeducação funcional respiratória e motora.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização de um estágio constitui-se como um momento rico de aprendizagem, mas tal facto pode implicar uma reestruturação da planificação inicial.

Não gostaria de terminar sem reforçar a ideia de que estamos perante um projeto o qual foi realizado com base numa fundamentação essencialmente teórica, e como tal, a qualquer momento o mesmo pode ser alterado em função da contextualização dos cuidados ou de outros fatores que atualmente me podem ser estranhos e/ou desconhecidos.

A implementação do projeto de formação torna possível a mobilização de um conjunto de conhecimentos que irão desenvolver as competências necessárias ao desempenho enquanto EEER no âmbito da pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas. O desafio será adequar o que agora se delineou, à realidade onde se irá desenvolver a minha aprendizagem, certo de que todo este processo é dinâmico e por isso sujeito a reajuste.

Durante a pesquisa e revisão bibliográfica deparei-me com a falta de existência de evidência produzida na área da enfermagem em si, sendo grande parte da literatura que acaba por apoiar a nossa prática, proveniente de outros grupos profissionais.

Este estágio que irei desenvolver dedicado à promoção do autocuidado na pessoa com tetraplegia devido a LVM irá constituir um importante contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pois para além da aquisição de conhecimentos de reabilitação, permitirá contextualizá-los e aplica-los em situações específicas.

O presente projeto de formação ao ser implementado e executado em contexto de estágio necessitará de momentos intermédios de avaliação e orientação, juntamente com o docente orientador, no sentido de construção de conhecimento e desenvolvimento de competências profissionais, os quais deverão ser realizados a cada duas semanas.

A articulação da minha atividade laboral, vida pessoal e o exercício das atividades inerentes ao estágio, poderá apresentar-se numa fase inicial como um obstáculo a ter em conta.

Apresentei de forma estruturada e refletida, este planeamento em função dos objetivos do curso e dos meus objetivos pessoais, deixando em aberto todas as possibilidades de enriquecimento pessoal e profissional. Procurei fundamentar teoricamente a problemática da pessoa com tetraplegia devido a LVM e as suas consequências aos vários níveis, assim como a intervenção do EEER nesta situação, especificamente na promoção do autocuidado que se apresenta com elevados défices.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R., & Victor, M. (1996). *Neurologia*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Alves M.C., Sousa, M.R. & Pinto, M.A.S. (2001). In Padilha et al. (2001). *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau.
- American Spinal Injury Association (2003). *References Manual of the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury*. Chicago: ASIA.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Braverman, J.M. (2006). *Airway Clearance Needs in Spinal Cord Injury*. Hill-Rom. Estados Unidos da América: Row Hill.
- Cardoso, J. (2000). *Adaptação à lesão vertebro-medular: Da Centralidade da doença à centralidade do sujeito*. Atas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (p. 401-407). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carta de Ottawa (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. Acedida em 15-06-2013. Disponível em: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf).
- Carvalho, Z., & Damasceno, M. (2003). *Viva bem com a sua lesão vertebro-medular: um guia prático* (2nd ed., p. 96). Porto: Humbertipo.
- Cerezetti, C., Nunes, G., Cordeiro, D., Tedesco, S. (2012). Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. *O Mundo da Saúde*. (p. 318-316).
- Cortesão, L. (1993). Projeto, interface de expectativa e de intervenção. In Malpique, M., Leite, E. & Santos, M.R. (1993). *Trabalho de projeto* (p. 81-90, vol. 2). Porto: Edições Afrontamento.
- Costa, M. (2002). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Dawodu, S. T. (2011). *Spinal Cord Injury – Definition, Epidemiology, Pathophysiology*. Acedida em 12-06-2013 de Medscape reference. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/322480-overview>.

- DeVivo, M. (2002). Epidemiology of Traumatic Spinal Cord Injury, In: Kirshblum S et al. (2002). *Spinal Cord Medicine*. Vol 1. Baltimore, Md: Lippincort Williams & Wilkins.(p.69-81).
- Dewey, J. (1968).O sentido do projeto. Experiência et education, Paris, A.Colin, (p.117-123).In Malpique, M., Leite, E. & Santos, M.R. (1993). *Trabalho de projeto: Leituras comentadas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Direcção Geral do Ensino Superior (2008). Descritores Dublin. *Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Acedido em 29-06-2013. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>.
- Donovan, W. H. (1990). *Normas para la Classificación Neurológica de Pacientes con Lesión de la Médula Espinal*. ed. Espanhola. sl.: ASIA.
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XII(1. Supl 1), 45–54.
- Garoutte, B. (1984). *Neuroanatomia Funcional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Greve, J., Amatuzzi, M. (1999). *Medicina de Reabilitação Aplicada à Ortopedia e traumatologia*. São Paulo: Roca.
- Greenberg, M. (2003). *Manual de Neurocirurgia* (5ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Hesbeen, W. (2003). *Reabilitação – Criar novos Caminhos*. Loures: Lusociência.
- International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis (2004). Global Summary of Spinal Cord Injury, Incidence and Economic Impact. *Rick Hansen Spinal Cord Injury Registry*. Acedido em 25-06-2013. Disponível em: <http://sci-bc-database.ca/wp-content/uploads/SCI-Facts-and-Stats-2005.pdf>.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (2ª ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Kottke, F., Stillwell, G. K., & Lehmann, J. F. eds. (1986). *Krusen: Tratado de Medicina Física e Reabilitação* (3rd ed.). Brasil: Manole.
- Legrand, L. (1982). A pedagogia do projeto. Pour un college démocratique, rapport ao Ministre de l'Education Nationale. La Documentation Française. Paris (p. 41-43). In Malpique, M., Leite, E. & Santos, M.R. (1993). *Trabalho de projeto: Leituras comentadas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Lee, B. B., Cripps, R. A., Fitzharris, M., & Wing, P. C. (2013). The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal cord*. doi:10.1038/sc.2012.158.

- Linsey, L., Klebine, P., Wells, M. (2000). Acedido a 23-05-2013 de UAB School of Medicine. Disponível em:  
<http://www.uab.edu/medicine/sci/uab-scims-information/sci-infosheets>.
- Lianza, S. (2001). *Medicina de Reabilitação* (3ªed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Martins, F. (1990). O Envelhecimento do Doente Lesionado Medular. *Geriatrics*, 3(25), 36–41.
- Maurice, V., Ropper, A. H., & Adams, R. D. A. (2002). *Principios de Neurología de Adams y Victor* (7th ed., p. 1211–1261). McGraw-Hill Interamericana editores.
- Maynard, F., Bracken, M., Creasey, G., Ditunno, J., Donovan, W., Ducker, T., & Young, W. (1997). International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. *Spinal Cord*, 35, 266–274.
- Melo, A. (2001). Agir localmente, pensar globalmente: Testemunho de um percurso inspirado em Paulo Freire. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(1), 115–122.
- Menino, C. M. da S. P. (2012). *O papel do enfermeiro de reabilitação no cuidar da pessoa com lesão vértebro medular e família*. Relatório de Estágio para Obtenção do Grau de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2012). Acedido em 12-05-2013 de National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Disponível em:  
<http://ninds.nih.gov/disorders/sci/sci.htm>.
- National Spinal Cord Injury Statistical Center (2006). *The 2006 Annual Report for the model spinal cord injury care systems*. Acedido a 12-05-2013 de Spinal cord injury information network. Disponível em:  
<http://imagens.main.uab.edu/spinalcord/pdffiles/NSCIC%20Annual%2006.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. (Vol. 2 - Cadernos OE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em 11-06-2013. Disponível em :  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em 15-05-2013. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitação.pdf>.

- Orem, D. (1993). *Conceptos de Enfermería en la Práctica*. Barcelona: Idiciones Científicas y Técnicas, SA.
- Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice* (5th ed.). New York: Mosby.
- Padilha, J. M. dos S. (2001). *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau.
- Pedro, A. S. S. (2011). *Caracterização de adultos com lesão medular em regime de internamento. Relação entre independência funcional, locus de controlo e qualidade de vida*. Tese de Mestrado em Psicologia. Universidade de Aveiro. Departamento de Educação.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6th ed.). Loures: Lusociência.
- Santos, J. (2013). *Apontamentos da Aulas da Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação III*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Simões, C. (2008). *Paraplegia: Prevalência, Etiologia e Processo de Reabilitação*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.
- Umphred, D. et al.(2004) - Intervenções para incapacidades neurológicas. In: Umphred, D. (2004). *Reabilitação Neurológica*. (4th ed.). São Paulo: Manole. (p:58-136).
- Van den Berg, M. E. L., Castellote, J. M., Mahillo-Fernandez, I., & Pedro-Cuesta, J. (2010). Incidence of spinal cord injury worldwide: a systematic review. *Neuroepidemiology*, 34(3), 184–92; discussion 192. doi:10.1159/000279335.

## **APÊNDICE II**

**CRONOGRAMA DE OBJETIVOS PLANEADO NO  
PROJETO DE FORMAÇÃO**

Ano	2013													2014										
Mês	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro						
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			13	14	15	16	17	18	19	20		
Dias	01-06	07-13	14-20	21-27	28-03	04-10	11-17	18-22	25-01	02-08	09-15	16-22	23-29	30-05	06-12	13-19	20-26	27-2	03-09	10-16	17-23	24-02		
<b>Local de Estágio</b>	Hospital – Núcleo de Enfermagem de Reabilitação						Centro de Reabilitação – Serviço Reabilitação Adultos						Férias de Natal		Centro de Reabilitação – Serviço Reabilitação Adultos						Conclusão do Relatório			
<b>Objetivos Específicos</b>																								
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

## **APÊNDICE III**

**COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS, ATIVIDADES E CRITÉRIOS DE  
AVALIAÇÃO PLANEADOS NO PROJETO DE FORMAÇÃO**

**QUADRO 1 – OBJETIVO ESPECÍFICO 1 – COMPETÊNCIAS, ATIVIDADES, RECURSOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>A – Responsabilidade profissional ética e legal</b> A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b> B3.Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro;</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p>	<p><b>1</b> - Conhecer a organização e dinâmica dos serviços de realização de estágio, e o modo como se articulam com outros serviços de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita ao Centro de Reabilitação e Hospital;</li> <li>• Visita ao Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Reabilitação e Núcleo de Enfermagem de Reabilitação do Hospital (aplicação de guião de observação);</li> <li>• Realização de reunião informal com enfermeira chefe e EEER orientador (aplicação de guiões de entrevista – Apêndice I);</li> <li>• Consulta de manuais e documentos do serviço e da instituição;</li> <li>• Identificação de recursos humanos, físicos e materiais existentes nos serviços de realização de estágio;</li> <li>• Recolha de informação pertinente que permita a articulação com outros serviços e com a comunidade, identificando recursos para o desenvolvimento de programas de reabilitação;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enfermeiros chefes;</li> <li>✓ EEER orientador (locais de estágio);</li> <li>✓ Equipa de Enfermagem.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Guias de integração e acolhimento;</li> <li>✓ Normas, protocolos e projetos dos serviços;</li> <li>✓ Registos de informações: instrumentos de colheita de dados, de alta/transferência e encaminhamento para a comunidade.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Centro de Reabilitação;</li> <li>✓ Hospital – Núcleo de Enfermagem de Reabilitação.</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter efetuado visita aos serviços onde se desenvolverá o estágio;</li> <li>▪ Ter realizado reunião informal com enfermeira chefe e EEER orientador;</li> <li>▪ Ter consultado documentos do serviço existentes: guias de integração e acolhimento/protocolos/normas/instrumentos de registo;</li> <li>▪ Ter conhecimento sobre o funcionamento dinâmico do serviço em termos estruturais, funcionais e organizacionais;</li> <li>▪ Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação;</li> <li>▪ Ter informação sobre a articulação com outros serviços e com a comunidade, de forma a haver continuidade nos programas de reabilitação.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o conhecimento da organização e dinâmica dos serviços de desenvolvimento do estágio e o modo como se</li> </ul>

			<b>Temporal:</b> Ver cronograma (Objetivo 1).	articulam com outros serviços de saúde; ▪ Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
--	--	--	---	--

**QUADRO 2 – OBJETIVO ESPECÍFICO 2 – COMPETÊNCIAS, ATIVIDADES, RECURSOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>A – Responsabilidade profissional ética e legal</b> A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b> B3.Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro;</p> <p><b>C – Gestão dos Cuidados</b> C1.Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores na equipa multiprofissional;</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p>	<p><b>2 - Compreender a atuação do EEER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade nos locais de realização de estágio.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da intervenção do EEER e a sua dinâmica com a equipa de enfermagem e com a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Identificação das funções do EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias com alterações cardiorrespiratórias, sensório-motoras, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</li> <li>• Identificação de procedimentos de colheita de dados inicial e de preparação para a alta/ reintegração na comunidade do doente e família;</li> <li>• Observação da articulação do EEER com os recursos da comunidade;</li> <li>• Desenvolvimento do autoconhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/ família e/ou com a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Observação do processo de tomada de decisão da equipa multidisciplinar.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ EEER orientador (locais de estágio);</li> <li>✓ Docente orientador;</li> <li>✓ Equipa de Enfermagem.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Normas, protocolos, projetos dos serviços;</li> <li>✓ Registos de informações: instrumentos de registo, de alta/transferência e encaminhamento para a comunidade.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Centro de Reabilitação;</li> <li>✓ Hospital – Núcleo de Enfermagem de Reabilitação.</li> </ul> <p><b>Temporal:</b> Ver cronograma (Objetivo 2).</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter observado a intervenção e dinâmica do EEER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador;</li> <li>▪ Ter identificado principais funções do EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias com alterações cardiorrespiratórias, sensório-motoras, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</li> <li>▪ Ter identificado principais procedimentos de colheita de dados inicial, preparação para a alta e reintegração do doente e família na comunidade;</li> <li>▪ Ter conhecimento da articulação dos EEER com os recursos existentes na comunidade;</li> <li>▪ Ter identificado principais fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa/família e /ou equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Ter colaborado nas decisões da equipa multidisciplinar.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a compreensão da atuação do EEER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com equipa de</li> </ul>

				<p>enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ De que modo compreende a atuação do EEER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade;</li><li>▪ Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.</li></ul>
--	--	--	--	--

**QUADRO 3 – OBJETIVO ESPECÍFICO 3 – COMPETÊNCIAS, ATIVIDADES, RECURSOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>A – Responsabilidade profissional ética e legal</b> A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b> B3.Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro;</p>	<p><b>3</b> – Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevistas ao doente/família no sentido de perceber as suas expectativas, medos, e dificuldades, valorizando a sua capacidade de autocuidado, de forma a integrar a pessoa/família na tomada de decisão e a elaboração do planeamento de reabilitação, tendo em conta a sua singularidade;</li> <li>• Reflete e participa na construção de tomada de decisão como EEER e restante equipa de enfermagem, com base em princípios éticos e no código deontológico;</li> <li>• Respeito pelos princípios de individualidade, justiça e liberdade, presentes no código deontológico, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enfermeiros chefes;</li> <li>✓ EEER orientador (locais de estágio);</li> <li>✓ Docente orientador;</li> <li>✓ Equipa de Enfermagem;</li> <li>✓ Pessoa doente/família.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Código deontológico;</li> <li>✓ Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER</li> <li>✓ Livros, revistas ou publicações da área da ética ou deontologia.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Centro de Reabilitação;</li> <li>✓ Hospital – Núcleo de Reabilitação.</li> </ul> <p><b>Temporal:</b> Ver cronograma (Objetivo 3).</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter envolvido a pessoa na elaboração do planeamento de reabilitação tendo em conta os seus objetivos, prioridades, valores, costumes e crenças;</li> <li>▪ Ter tomado decisões que refletem a mobilização de princípios éticos e morais;</li> <li>▪ Ter participado na tomada de decisão em equipa;</li> <li>▪ Ter promovido uma prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação baseada em princípios éticos e deontológicos.</li> </ul> <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento de uma prática baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação;</li> <li>▪ De que modo desenvolve uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação;</li> <li>▪ Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.</li> </ul>

**QUADRO 4 – OBJETIVO ESPECÍFICO 4 – COMPETÊNCIAS, ATIVIDADES, RECURSOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>                      D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;                      D2.1.Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;                      D2.2.Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.</p>	<p><b>4 –</b> Aprofundar conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação sobre reeducação funcional motora e sensorial à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das necessidades formativas pessoais e da equipa/serviço;</li> <li>• Utilização de técnicas de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados;</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre temas como: anatomia e fisiológico sobre o Sistema Nervoso Central e Periférico; LVM sua prevalência, complicações que dela advém, consequências na vida da pessoa; intervenções do EEER na reabilitação da pessoa com tetraplegia, ganhos em saúde...</li> <li>• Rentabilização das oportunidades de aprendizagem;</li> <li>• Aplicação de conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados de enfermagem especializados, à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, de forma a promover o autocuidado;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Docente orientador;</li> <li>✓ EEER orientador (local de estágio);</li> <li>✓ Equipa de Enfermagem;</li> <li>✓ Equipa multidisciplinar.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Computador com acesso à Internet e às bases de dados;</li> <li>✓ Livros, trabalhos académicos; artigos científicos, teses de mestrado e doutoramento sobre a área temática;</li> </ul> <p>✓</p> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Centro de Reabilitação;</li> <li>✓ Biblioteca ESEL.</li> </ul> <p><b>Temporal:</b>                      Ver cronograma (Objetivo 4).</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter identificado necessidades formativas pessoais e da equipa/serviço.</li> <li>▪ Ter utilizado tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados;</li> <li>▪ Ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem;</li> <li>▪ Ter aplicado os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;</li> <li>▪ Ter partilhado saber e experiência, principalmente referentes à evidência científica, com docente orientador, EEER orientador e elementos constituintes da equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Ter participado em ação de formação acerca da área temática em estudo;</li> <li>▪ Ter realizado uma ação de formação à equipa de enfermagem do Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Reabilitação.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha de saber e experiências, principalmente referentes à evidência científica, com Docente orientador, EEER orientador e elementos constituintes da equipa multidisciplinar;</li> <li>• Participação em ações de formação que possam surgir acerca da temática;</li> <li>• Realização de uma sessão de informação dirigida à equipa de enfermagem tendo em conta as suas necessidades formativas.</li> </ul>	<p><b>CrITÉrios de AvaliaÇão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o aprofundar de conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação sobre reeducação funcional motora e sensorial à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;</li> <li>▪ De que modo assume a responsabilidade de autoformação;</li> <li>▪ De que modo aprofunda conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação sobre reeducação funcional motora e sensorial à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;</li> <li>▪ De que modo evidencia a importância do conhecimento teórico na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação;</li> <li>▪ De que modo promove a partilha e discussão de conhecimentos em contexto de estágio;</li> <li>▪ Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.</li> </ul>
--	--	--	---

**QUADRO 5 – OBJETIVO ESPECÍFICO 5 – COMPETÊNCIAS, ATIVIDADES, RECURSOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>B – Melhoria da Qualidade</b> B3.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais a longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</b> J1.1.Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade;</p>	<p><b>5</b> – Identificar as necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM, em fase de sequelas, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único, nomeadamente no que diz respeito às alterações sensório-motoras, da alimentação, eliminação e sexualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevista à pessoa/família, de forma a recolher dados (objetivos, subjetivos, históricos e habituais) relativos às necessidades e fatores inibidores ou facilitadores para a satisfação das mesmas, e promoção do autocuidado;</li> <li>• Observação sistemática da pessoa, que inclua o exame físico e neurológico;</li> <li>• Pesquisa de escalas e instrumentos de avaliação;</li> <li>• Preenchimento de escalas e instrumentos de avaliação adequados a cada pessoa;</li> <li>• Análise de informação pertinente considerando a especificidade de cada pessoa;</li> <li>• Identificação das necessidades de autocuidado na pessoa com tetraplegia devido a LVM, em fase de sequelas, e sua família de modo a reeducar as funções motoras, sensoriais, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, para que possam realizar as AVD da forma mais independente possível;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ EEER orientador (local de estágio);</li> <li>✓ Docente orientador;</li> <li>✓ Equipa de Enfermagem;</li> <li>✓ Pessoa doente/família.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Computador com acesso à internet e às bases de dados;</li> <li>✓ Bibliografia sobre escalas e instrumentos de avaliação;</li> <li>✓ Instrumentos de colheita de dados;</li> <li>✓ Escalas de avaliação em uso no serviço (ex. Braden, Morse, Barthel, Berg...)</li> <li>✓ Processo da pessoa doente.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Reabilitação.</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter recolhido informação pertinente relativa a necessidades e fatores inibidores ou facilitadores para a satisfação das mesmas e promoção do autocuidado;</li> <li>▪ Ter observado a pessoa de forma clara e sistemática incluindo o exame físico e neurológico;</li> <li>▪ Ter pesquisado escalas e instrumentos de avaliação passíveis de ser utilizados, tendo em conta a especificidade de cada pessoa;</li> <li>▪ Ter adequado os instrumentos de avaliação, preenchendo-os corretamente;</li> <li>▪ Ter analisado a informação pertinente de acordo com a especificidade de cada situação;</li> <li>▪ Ter identificado as necessidades de intervenção para otimizar ou reeducar a função a nível motor, sensorial, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD da forma mais independente possível.</li> <li>▪ Ter identificado os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde alterados de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação dos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa que podem condicionar o seu autocuidado;</li> </ul>	<p><b>Temporal:</b> Ver cronograma (Objetivo 5).</p>	<p><b>Crterios de Avaliao:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De que modo as atividades planejadas e desenvolvidas foram fundamentais para a identificao das necessidades especficas de interveno de Enfermagem de Reabilitao a pessoa com tetraplegia devido a LVM, em fase de sequelas, considerando a complexidade e singularidade da pessoa enquanto ser nico, nomeadamente no que diz respeito as alteraes sensrio-motoras, da alimentao, eliminao e sexualidade.</li> <li>▪ De que modo demonstra capacidade para identificao das necessidades especficas de cuidados de Enfermagem de Reabilitao a pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, considerando a complexidade e singularidade da pessoa enquanto ser nico, tendo em conta todos os recursos existentes;</li> <li>▪ Reflete nas atividades utilizadas e na sua importncia para atingir o objetivo.</li> </ul>
--	--	--	--	---

**QUADRO 6 – OBJETIVO ESPECÍFICO 6 – COMPETÊNCIAS, ATIVIDADES, RECURSOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>B – Melhoria da Qualidade</b> B3.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais a longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</b> J1.1.Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade; J1.2.Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.</p>	<p><b>6 – Planear cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, considerando todos os recursos existentes.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequação do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a promoção do autocuidado a cada pessoa/família;</li> <li>• Reformula o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação caso existam alterações de parâmetros.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ EEER orientador (local de estágio);</li> <li>✓ Docente orientador;</li> <li>✓ Equipa de Enfermagem;</li> <li>✓ Pessoa doente/família.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Instrumentos de colheita de dados;</li> <li>✓ Escalas de avaliação em uso no serviço (ex. Braden, Morse, Barthel, Berg...)</li> <li>✓ Processo da pessoa doente.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Reabilitação.</li> </ul> <p><b>Temporal:</b> Ver cronograma (Objetivo 6).</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter desenvolvido planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa, personalizados e integrados na equipa multidisciplinar em conjunto com o doente e família;</li> <li>▪ Ter demonstrado capacidade de raciocínio para flexibilizar o plano de cuidados à medida que ocorrem mudanças na pessoa/família.</li> </ul> <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o planeamento de cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, considerando todos os recursos existentes;</li> <li>▪ De que modo demonstra capacidade para o planeamento de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, considerando a complexidade e singularidade da pessoa enquanto ser único, tendo em conta todos os recursos existentes;</li> <li>▪ Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.</li> </ul>

**QUADRO 7 – OBJETIVO ESPECÍFICO 7 – COMPETÊNCIAS, ATIVIDADES, RECURSOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>A – Responsabilidade profissional, ética e legal</b> A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b> B3.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>	<p><b>7 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação, integrados no plano global de cuidados, à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstração de conhecimentos científicos atuais acerca da avaliação e intervenção à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;</li> <li>• Prestação de cuidados à pessoa e família tendo por base os princípios presentes no código deontológico;</li> <li>• Identificação de fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o autocuidado, assim como os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD da forma mais independente possível no contexto de vida da pessoa;</li> <li>• Realização de neuroavaliação da pessoa, adequando a prestação de cuidados;</li> <li>• Prestação de cuidados à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, podendo ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação, de modo a reeducar as funções motoras, sensoriais, da higiene e</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ EEER orientador (local de estágio);</li> <li>✓ Docente orientador;</li> <li>✓ Equipa de Enfermagem;</li> <li>✓ Pessoa doente/família;</li> <li>✓ Equipa multidisciplinar.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Processo da pessoa doente;</li> <li>✓ Conteúdos lecionados nas unidades curriculares do curso;</li> <li>✓ Bibliografia sobre escalas, instrumentos de avaliação, planeamento de cuidados e intervenções do EEER à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;</li> <li>✓ Planos de cuidados elaborados;</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca da avaliação e intervenção à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;</li> <li>▪ Ter prestado cuidados baseados nos princípios presentes no código deontológico;</li> <li>▪ Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD da forma mais independente possível no contexto de vida da pessoa;</li> <li>▪ Ter realizado a neuroavaliação da pessoa de forma a adequar os cuidados a prestar;</li> <li>▪ Ter prestado cuidados à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, de modo a reeducar as funções sensório-motoras, da higiene e vestuário, da alimentação, da eliminação (treino intestinal e vesical) e da sexualidade, para que possa realizar as AVD's da forma mais independente possível;</li> </ul>

<p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais a longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</b>  J1.3. Implementa as intervenções planejadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;  J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p> <p><b>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b>  J2.1. Elabora e implementa plano de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p>		<p>vestuário, da alimentação, da eliminação (treino intestinal e vesical) e da sexualidade, para que possa realizar as AVD da forma mais independente possível;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de posicionamentos específicos, transferências, exercícios de mobilidade articular e treino do equilíbrio, adequados à situação da pessoa com tetraplegia devido a LVM;</li> <li>• Utilização dos modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar intervenções adequadas às suas necessidades nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade;</li> <li>• Seleção e ensino sobre a utilização de produtos de apoio/dispositivos de compensação adaptados às limitações e necessidades da pessoa com tetraplegia devido a LVM, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida social e profissional, com vista à promoção da sua independência e autocuidado;</li> </ul>	<p>✓ Código deontológico;</p> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Reabilitação;</li> <li>✓ Biblioteca ESEL</li> </ul> <p><b>Temporal:</b>  Ver cronograma (Objetivo 7).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter realizado posicionamentos específicos, transferências, exercícios de mobilidade articular e treino de equilíbrio, adequados à situação da pessoa com tetraplegia devido a LVM;</li> <li>▪ Ter utilizado os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa;</li> <li>▪ Ter selecionado produtos de apoio/dispositivos adequados às necessidades da pessoa com tetraplegia devido a LVM, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida social e profissional, com vista à promoção da sua independência e autocuidado;</li> <li>▪ Ter implementado planos de intervenção/treino de AVD com vista a uma reeducação funcional; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de complicações e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida;</li> <li>▪ Ter avaliado intervenções efetuadas e atualizado plano de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> </ul> <p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De que modo as atividades planejadas e desenvolvidas foram fundamentais para a prestação de cuidados de Enfermagem de</li> </ul>
---	--	--	---	--

<p><b>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b>  J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;  J.3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação de planos de intervenção/treino de AVD com vista a uma reeducação funcional; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de complicações e à maximização da sua independência e qualidade de vida;</li> <li>• Avaliação das intervenções efetuadas e atualização do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de forma a permitir a continuidade dos cuidados.</li> </ul>	<p>Reabilitação, integrados no plano global de cuidados, à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De que modo assume responsabilidade na implementação do planeamento de intervenção do EEER que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas, e sua família;</li> <li>▪ Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.</li> </ul>
---	--	--	---

**QUADRO 8 – OBJETIVO ESPECÍFICO 8 – COMPETÊNCIAS, ATIVIDADES, RECURSOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>B – Melhoria da Qualidade</b> B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>C – Gestão dos Cuidados</b> C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p><b>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</b></p>	<p><b>8</b> – Promover a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas através da articulação com a comunidade com vista à promoção do autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas promovendo o autocuidado e tendo em vista o regresso a casa;</li> <li>• Avaliação da situação da pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas e sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária;</li> <li>• Referência/encaminhamento da pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas e sua família para outros prestadores de cuidados de saúde/recursos da comunidade;</li> <li>• Realização de notas de transferência/referência de enfermagem de reabilitação com vista a melhorar a articulação do enfermeiro de reabilitação do contexto hospitalar com o da comunidade tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem;</li> <li>• Estabelecimento de contato telefónico prévio com a Unidade de Cuidados na Comunidade e com o Enfermeiro da</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ EEER orientador (local de estágio);</li> <li>✓ Docente orientador;</li> <li>✓ Equipa de Enfermagem;</li> <li>✓ Pessoa doente/família;</li> <li>✓ Enfermeiros generalistas e EEER da comunidade.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Instrumento de registo de transferência/alta e encaminhamento para a comunidade;</li> <li>✓ Protocolos de Qualidade em vigor; Legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica;</li> <li>✓ Telefone e fax para articulação com a comunidade;</li> <li>✓ Computador com acesso à Internet e às Bases de Dados Internacionais para</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas promovendo o autocuidado e tendo em vista o regresso a casa;</li> <li>▪ Ter avaliado a situação da pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas e sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária;</li> <li>▪ Ter referenciado/encaminhado a pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas e sua família para outros prestadores de cuidados de saúde/recursos da comunidade;</li> <li>▪ Ter realizado notas de transferência/referência de enfermagem de reabilitação com vista a melhorar a articulação do enfermeiro de reabilitação do contexto hospitalar com o da comunidade tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem;</li> <li>▪ Ter efetuado contatos telefónicos prévios com a comunidade/enfermeiro de reabilitação da comunidade;</li> <li>▪ Ter pesquisado acerca da legislação, normas e técnicas</li> </ul>

		<p>Comunidade e, se existir, com o Enfermeiro de Reabilitação da Comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa sobre a legislação, normas e técnicas promotoras da integração e participação cívica, com vista a informar a pessoa e sua família acerca dos seus direitos e deveres;</li> <li>• Identificação das funções/intervenções do EEER em contexto hospitalar e na comunidade.</li> </ul>	<p>pesquisa bibliográfica; livros; trabalhos académicos; artigos científicos; teses de mestrado e doutoramento acerca da temática.</p> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Reabilitação;</li> <li>✓ Biblioteca ESEL</li> </ul> <p><b>Temporal:</b> Ver cronograma (Objetivo 8).</p>	<p>promotoras da integração e participação cívica, com vista a informar a pessoa/família acerca dos seus direitos e deveres;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter identificado funções/intervenções do EEER em contexto hospitalar e na comunidade.</li> </ul> <p><b>Crterios de Avaliao:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para promover a continuidade de cuidados, através da articulao com a comunidade, com vista a promoo do autocuidado e da reintegrao comunitria da pessoa com tetraplegia devido a LVM em fase de sequelas e sua famlia;</li> <li>▪ De que modo presta cuidados de Enfermagem de Reabilitao em articulao com os recursos e profissionais da comunidade, nomeadamente com o enfermeiro de reabilitao da comunidade.</li> <li>▪ Reflete nas atividades utilizadas e na sua importancia para atingir o objetivo;</li> </ul>
--	--	---	---	--

**QUADRO 9 – OBJETIVO ESPECÍFICO 9 – COMPETÊNCIAS, ATIVIDADES, RECURSOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>A – Responsabilidade profissional, ética e legal</b>                      A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;                      A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b>                      B3.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>                      D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;                      D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>	<p><b>9</b> – Identificar, planejar e executar cuidados de Enfermagem de Reabilitação, integrados no plano global de cuidados, à pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório de acordo com as necessidades de Reeducação Funcional Respiratória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre temas pertinentes como anatomia e fisiologia do aparelho respiratório, mecânica ventilatória, tipos de patologias cardíacas e respiratórias mais frequentes, técnicas de Reeducação Funcional Respiratória adequadas à prevenção e tratamento de alterações do foro cardíaco e respiratório;</li> <li>• Realização de entrevista à pessoa/família, de forma a recolher dados (objetivos, subjetivos, históricos e habituais) relativos às alterações do padrão cardíaco e respiratório normal e fatores inibidores ou facilitadores para o tratamento ou minimização das mesmas;</li> <li>• Observação sistemática da pessoa, que inclua o exame físico e interpretação de exames complementares de diagnóstico;</li> <li>• Pesquisa de escalas e instrumentos de avaliação;</li> <li>• Preenchimento de escalas e instrumentos de avaliação adequados a cada pessoa;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ EEER orientador (local de estágio);</li> <li>✓ Docente orientador;</li> <li>✓ Equipa de Enfermagem;</li> <li>✓ Pessoa doente/família;</li> <li>✓ Equipa multidisciplinar.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Processo do doente;</li> <li>✓ Conteúdos lecionados nas unidades curriculares do curso;</li> <li>✓ Computador com acesso à internet e às bases de dados;</li> <li>✓ Bibliografia pertinente, com maior enfoque na Reeducação Funcional Respiratória, escalas, instrumentos de avaliação, planeamento e intervenções do</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter realizado pesquisa bibliográfica pertinente com maior enfoque na Reeducação Funcional Respiratória;</li> <li>▪ Ter recolhido informação relativa às alterações do padrão cardíaco e respiratório normal e fatores inibidores ou facilitadores para o tratamento ou minimização das mesmas;</li> <li>▪ Ter observado a pessoa de forma clara e sistemática, incluindo o exame físico e a interpretação de exames complementares de diagnóstico</li> <li>▪ Ter pesquisado escalas e instrumentos de avaliação passíveis de ser utilizados, tendo em conta a especificidade de cada pessoa;</li> <li>▪ Ter adequado os instrumentos de avaliação, preenchendo-os corretamente;</li> <li>▪ Ter analisado a informação pertinente de acordo com a especificidade de cada situação;</li> <li>▪ Ter identificado as necessidades de intervenção para otimizar ou reeducar a função a nível cardíaco e respiratório;</li> <li>▪ Ter desenvolvido planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa,</li> </ul>

<p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais a longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p>J1.1.Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade;</p> <p>J1.2.Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade</p> <p>J1.3.Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J1.4.Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise de informação pertinente considerando a especificidade de cada pessoa;</li> <li>• Identificação das alterações do padrão normal na pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório;</li> <li>• Adequação do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para o tratamento e/ou minimização das alterações do padrão cardíaco e respiratório normal da pessoa com patologia deste foro;</li> <li>• Reformula o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação caso existam alterações de parâmetros</li> <li>• Demonstração de conhecimentos científicos atuais acerca da avaliação e intervenção à pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório;</li> <li>• Prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório de acordo com as necessidades de Reeducação Funcional Respiratória tendo por base os princípios presentes no código deontológico;</li> <li>• Realização de sessões de Reeducação Funcional Respiratória utilizando</li> </ul>	<p>EEER à pessoa com patologia do foro respiratório</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Código deontológico;</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hospital – Núcleo de Enfermagem de Reabilitação</li> <li>✓ Biblioteca ESEL</li> </ul> <p><b>Temporal:</b></p> <p>Ver cronograma (Objetivo 9).</p>	<p>personalizados e integrados na equipa multidisciplinar em conjunto com o doente e família;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter demonstrado capacidade de raciocínio para flexibilizar o plano de cuidados à medida que ocorrem mudanças na pessoa/família.</li> <li>▪ Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca da avaliação e intervenção à pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório;</li> <li>▪ Ter prestado cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório, baseados nos princípios presentes no código deontológico;</li> <li>▪ Ter realizado sessões de Reeducação Funcional Respiratória, utilizando as técnicas específicas do EEER;</li> <li>▪ Ter selecionado e efetuado ensinamentos sobre a utilização de produtos de apoio adequados às alterações de cada pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório, de acordo com os recursos de cada serviço;</li> <li>▪ Ter avaliado intervenções efetuadas e atualizado plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de forma a permitir a continuidade de cuidados;</li> </ul>
--	--	---	--	--

<p><b>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p> <p>J2.1.Elabora e implementa plano de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p> <p><b>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b></p> <p>J3.1.Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;</p> <p>J.3.2.Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.</p>		<p>técnicas específicas do EEER;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleção e ensino sobre a utilização de produtos de apoio adequados às alterações de cada pessoa com patologia do foro respiratório, de acordo com os recursos de cada serviço;</li> <li>• Avaliação das intervenções efetuadas e atualização do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, permitindo a continuidade de cuidados.</li> </ul>		<p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, integrados no plano global de cuidados, à pessoa com patologia do foro cardíaco e respiratório, de acordo com a necessidade de Reeducação Funcional Respiratória;</li> <li>▪ De que modo assume a responsabilidade na implementação do planeamento de intervenção do EEER que promovam o tratamento e/ou minimizem as alterações do padrão cardíaco e respiratório normal da pessoa com patologia desse foro;</li> <li>▪ Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.</li> </ul>
--	--	--	--	---

**QUADRO 10 – OBJETIVO ESPECÍFICO 10 – COMPETÊNCIAS, ATIVIDADES, RECURSOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>                      D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento                      D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;                      D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.</p>	<p><b>10</b> – Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas, com EEER orientador, no sentido de obter <i>feedback</i> sobre o desempenho em estágio;</li> <li>• Reflexão sistemática, crítica e construtiva recorrendo a diários de aprendizagem, com periodicidade semanal;</li> <li>• Partilha das reflexões realizadas com docente orientador;</li> <li>• Procura de momentos de aprendizagem de crescente complexidade ao longo do estágio;</li> <li>• Realização de análise crítica e reflexiva acerca dos fatores inibidores e facilitadores para o alcance dos objetivos traçados no projeto de formação;</li> <li>• Justificação das opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos;</li> <li>• Elaboração de análise crítica e construtiva relativamente ao processo de ensino e aprendizagem, refletindo sobre o projeto desenvolvido, sua confirmação ou alteração</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b>                      ✓ Enfermeiros chefes;                      ✓ EEER orientador (local de estágio);                      ✓ Docente orientador;                      ✓ Equipa de Enfermagem.                      ✓</p> <p><b>Materiais:</b>                      ✓ Computador com acesso à internet e às bases de dados;                      ✓ Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER;                      ✓ Código deontológico;                      ✓ Diários de aprendizagem;                      ✓</p> <p><b>Físicos:</b>                      ✓ Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Reabilitação;                      ✓ Hospital – Núcleo de Enfermagem de Reabilitação.</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter desenvolvido momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas com EEER orientador, obtendo <i>feedback</i> sobre o seu desempenho em estágio;</li> <li>▪ Ter realizado diários de aprendizagem semanalmente;</li> <li>▪ Ter partilhado reflexões críticas com docente orientador;</li> <li>▪ Ter procurado momentos de aprendizagem com crescente grau de complexidade ao longo do estágio;</li> <li>▪ Ter realizado análise crítica e reflexiva acerca dos fatores inibidores e facilitadores para o alcance dos objetivos traçados;</li> <li>▪ Ter justificado as opções prioridades e planeamento dos cuidados definidos;</li> <li>▪ Ter elaborado análise crítica e construtiva relativamente ao processo de ensino aprendizagem, através de reflexão sobre o projeto desenvolvido, sua confirmação ou alteração de acordo com as experiências vivenciadas;</li> <li>▪ Ter realizado relatório final do projeto de formação;</li> <li>▪ Ter identificado competências que considera necessárias a dinamizar futuramente na instituição onde exerce funções;</li> </ul>

		<p>em função das experiências desenvolvidas;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Realização do relatório final do projeto de formação, como reflexo do mesmo;</li><li>• Identificação de competências a desenvolver como perspectiva futura;</li></ul>	<p><b>Temporal:</b> Ver cronograma (Objetivo 10).</p>	<p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ De que modo como as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento de uma análise crítica, reflexiva e construtiva, contribuindo para a realização do Relatório Final do Projeto de Formação;</li><li>▪ Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo;</li><li>▪ De que forma elabora relatório de estágio com base nas aprendizagens efetuadas, refletido sobre o projeto desenvolvido, e experiências vivenciadas, sujeito a discussão pública e avaliação final formal.</li></ul>
--	--	--	---	---

# **APÊNDICE IV**

## **GUIÕES DE ENTREVISTA E DE OBSERVAÇÃO**

<b>VERTENTE DO ENSINO CLÍNICO: REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA</b>	
<b>Instituição:</b>	HOSPITAL CENTRAL
<b>Serviço:</b>	NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
<b>Duração:</b>	30 DE SETEMBRO A 8 DE NOVEMBRO DE 2013

<b>Enfermeiro(a) Chefe:</b>	
<b>Contactos</b>	
Telefone:	
Telemóvel:	
Email:	

### **Guião de Entrevista**

<b>A. Caraterização do Serviço</b>	
A.1 – Quais são os objetivos do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação?	
Pontos Guia: História, Finalidade, Missão, Valores, Documento de consulta.	
A.1.1 – Como se constitui o espaço físico do núcleo? Existem outros recursos físicos na instituição que possam ser usados? (exemplo: ginásio)	
A.1.2 – Qual a lotação do serviço/taxa média de ocupação?	
A.1.3 – Qual a área de referenciação de pertença?	
A.1.4 – Como é efetuada a admissão dos doentes na unidade?	
A.1.5 – Qual a interligação com outros serviços, intra-hospitalares, inter-hospitalares e comunidade?	
Pontos Guia: Encaminhamento realizado após alta do doente.	

<b>B. Caraterização dos Utentes</b>	
B.1 – Qual a tipologia dos doentes admitidos no Núcleo de Enfermagem de Reabilitação?	
Pontos Guia: tipo de doentes, tempo de internamento, patologias mais frequentes, alterações do foro respiratório, programas de reabilitação	
B.1.1 – Qual o género, faixa etária e estrato socioeconómico mais comum?	
B.1.2 – Quais os critérios para a admissão do doente?	
B.1.3 – Qual a duração normal de internamento?	
B.1.4 – Quais as situações/patologias mais comuns?	
B.1.5 – Como são estabelecidos os programas de reabilitação?	

<b>C. Caraterização da Equipa</b>	
C.1 – Como é constituída a equipa de saúde, a equipa de enfermagem e quais as suas atribuições, nos diferentes papéis de generalista e especialista?	
Pontos Guia: Constituição e dinâmica da equipa, gestão dos recursos humanos e materiais	
C.1.1 – Como é constituída a equipa de saúde desta unidade?	
C.1.2 – Qual a disponibilidade de recursos humanos em termos de enfermagem com que pode contar?	
C.1.3 – Qual o método de trabalho implementado na equipa de enfermagem?	

C.1.4 – Quantos enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) existem no Núcleo de Enfermagem de Reabilitação?

C.1.5 – Qual o horário praticado pelos EEER?

C.1.6 – Quais as funções desempenhadas pelos EEER?

C.1.7 – Como é que os EEER se articulam com os outros profissionais do Núcleo?

#### **D. Expectativas do Serviço**

D.1 – Quais os desafios que se apresentam diariamente? Dificuldades sentidas?

Pontos Guia: Dificuldades e constrangimentos económicos, físicos, institucionais, de dinâmica de equipa, pessoais, projetos e limitações

D.1.1 – O Núcleo de Enfermagem de Reabilitação tem projetos em estudo e/ou implementação nos quais estejam integrados os EEER?

<b>VERTENTE DO ENSINO CLÍNICO: REABILITAÇÃO SENSÓRIO MOTORA</b>	
<b>Instituição:</b>	CENTRO DE REABILITAÇÃO
<b>Serviço:</b>	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS
<b>Duração:</b>	11 DE NOVEMBRO DE 2013 A 14 DE FEVEREIRO DE 2014

<b>Enfermeiro(a) Chefe:</b>	
<b>Contactos</b>	
Telefone:	
Telemóvel:	
Email:	

### **Guião de Entrevista**

<b>A. Caracterização do Campo de Estágio</b>	
A.1 – Quais são os objetivos do Centro de Reabilitação?	Pontos Guia: História, Finalidade, Missão, Valores, Documento de consulta
A.1.1 – Como se constitui o espaço físico do Centro de Reabilitação?	
A.1.2 – Qual a área de referenciação de pertença?	
A.1.3 – Qual o número de vagas o Centro de Reabilitação?	
A.2 – Quais são os objetivos deste Serviço?	Pontos Guia: Finalidade, Missão, Valores, Documento de consulta.
A.2.1 – Como se constitui o espaço físico do serviço? Existem outros recursos físicos na instituição que possam ser usados? (exemplo: ginásio)	
A.2.2 – Qual a lotação do serviço/taxa média de ocupação?	
A.2.3 – Como é efetuada a admissão dos doentes na unidade?	
A.2.4 – Qual a interligação com outros serviços, intra-hospitalares, inter-hospitalares e comunidade?	
Pontos Guia: Encaminhamento realizado após alta do doente.	

<b>B. Caracterização dos Utentes</b>	
B.1 – Qual a tipologia dos doentes admitidos neste Serviço?	Pontos Guia: tipo de doentes, tempo de internamento, patologias mais frequentes, alterações do foro sensório motor, programas de reabilitação
B.1.1 – Qual o género, faixa etária e estrato socioeconómico mais comum?	
B.1.2 – Quais os critérios para a admissão do doente?	
B.1.3 – Qual a duração normal de internamento?	
B.1.4 – Quais as situações/patologias mais comuns?	
B.1.5 – Como são estabelecidos os programas de reabilitação?	

<b>C. Caracterização da Equipa</b>
C.1 – Como é constituída a equipa de saúde, a equipa de enfermagem e quais as suas atribuições, nos diferentes papéis de generalista e especialista?
Pontos Guia: Constituição e dinâmica da equipa, gestão dos recursos humanos e materiais
C.1.1 – Como é constituída a equipa de saúde desta unidade?
C.1.2 – Qual a disponibilidade de recursos humanos em termos de enfermagem com que pode contar?
C.1.3 – Qual o método de trabalho implementado na equipa de enfermagem?
C.1.4 – Quantos enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) existem no Departamento?
C.1.5 – Qual o horário praticado pelos EEER?
C.1.6 – Quais as funções desempenhadas pelos EEER?
C.1.7 – Como é que os EEER se articulam com os outros profissionais do Serviço?

<b>D. Expectativas do Serviço</b>
D.1 – Quais os desafios que se apresentam diariamente? Dificuldades sentidas?
Pontos Guia: Dificuldades e constrangimentos económicos, físicos, institucionais, de dinâmica de equipa, pessoais, projetos e limitações
D.1.1 – O Serviço tem projetos em estudo e/ou implementação nos quais estejam integrados os EEER?

<b>VERTENTE DO ENSINO CLÍNICO: REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA</b>	
<b>Instituição:</b>	HOSPITAL CENTRAL
<b>Serviço:</b>	NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
<b>Duração:</b>	30 DE SETEMBRO A 8 DE NOVEMBRO DE 2013

<b>Enfermeiro(a) Especialista:</b>	
<b>Contactos</b>	
Telefone:	
Telemóvel:	
Email:	

### **Guião de Entrevista**

<b>E. Gestão de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação</b>
A.1 – Quantos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) existem no Núcleo de Enfermagem de Reabilitação?
A.2 – Qual o horário praticado pelos EEER?
A.3 – Como é identificada a necessidade de intervenção do EEER?
A.4 – Como é feita a articulação dos EEER com os restantes enfermeiros do núcleo? E com a restante equipa de saúde?

<b>F. Caracterização dos Utentes</b>
B.1 – Quais as situações/patologias mais comuns, que necessitam da intervenção do EEER em termos de reeducação funcional respiratória?
B.2 – Que instrumentos de colheita de dados/escalas utiliza?

<b>G. Competências Desenvolvidas pelo EEER</b>
C.1 – Quais as competências do EEER neste núcleo?
C.2 – Para além dos cuidados específicos que presta diariamente, presta também cuidados gerais e/ou participa na gestão da equipa de enfermagem?
C.3 – Como é feita a distribuição de doentes ao EEER? Como seleciona os doentes alvo dos seus cuidados?
C.4 – Como é feito o planeamento e gestão de cuidados de enfermagem de reabilitação, tem algum método estabelecido?
C.5 – Como funcionam os programas de reabilitação implementados no núcleo?
C.6 – Que tipo de ajudas técnicas dispõe no núcleo, são suficientes?
C.7 – Como é efetuada a avaliação da eficácia do programa de reabilitação estabelecido? São utilizadas escalas de avaliação?
C.8 – Como são feitos os registos do EEER de forma a manter a continuidade dos cuidados?

<b>H. Papel do EEER na Preparação para a Alta</b>
D.1 – De que forma o cuidador/família é envolvida nos cuidados/programa de reabilitação?
D.2 – Como é preparada a alta e o regresso a casa? Qual o papel do EEER nessa decisão e como é o utente encaminhado?
D.3 – Qual a articulação existente entre o EEER e os recursos na comunidade?
D.4 – São realizados planos de reabilitação para o doente continuar a seguir no domicílio?
D.5 – Quais os receios/dificuldades mais verbalizados pelos cuidadores nos momentos de preparação da alta e regresso a casa?

<b>I. Expectativas do Serviço</b>
D.1 – Quais os desafios que se apresentam diariamente?
Pontos Guia: Dificuldades e constrangimentos económicos, físicos, institucionais, de dinâmica de equipa, pessoais, projetos e limitações
D.1.1 – Que mais-valias salienta na prestação de cuidados como EEER neste núcleo?
D.1.2 – Quais as principais dificuldades sentidas no dia-a-dia?
D.1.3 – O Núcleo de Enfermagem de Reabilitação tem projetos em estudo e/ou implementação nos quais estejam integrados os EEER?

<b>VERTENTE DO ENSINO CLÍNICO: REABILITAÇÃO SENSÓRIO MOTORA</b>	
<b>Instituição:</b>	CENTRO DE REABILITAÇÃO
<b>Serviço:</b>	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS
<b>Duração:</b>	11 DE NOVEMBRO DE 2013 A 14 DE FEVEREIRO DE 2014

<b>Enfermeiro(a) Especialista:</b>	
<b>Contactos</b>	
Telefone:	
Telemóvel:	
Email:	

### **Guião de Entrevista**

<b>A. Gestão de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação</b>
A.1 – Quantos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) existem no serviço?
A.2 – Qual o horário praticado pelos EEER?
A.3 – Como é identificada a necessidade de intervenção do EEER?
A.4 – Como é feita a articulação dos EEER com os restantes enfermeiros do serviço? E com a restante equipa de saúde?

<b>B. Caracterização dos Utentes</b>
B.1 – Quais as situações/patologias mais comuns, que necessitam da intervenção do EEER em termos de reabilitação sensório motora?
B.1.1 – Qual a prevalência de doentes com lesões vertebro medulares?
Pontos Guia: prevalência de doentes com paraplegia e tetraplegia
B.2 – Que instrumentos de colheita de dados/escalas utiliza?

<b>C. Competências Desenvolvidas pelo EEER</b>
C.1 – Quais as competências do EEER neste serviço?
C.2 – Para além dos cuidados específicos que presta diariamente, presta também cuidados gerais e/ou participa na gestão da equipa de enfermagem?
C.3 – Como é feita a distribuição de doentes ao EEER? Como seleciona os doentes alvo dos seus cuidados?
C.4 – Como é feito o planeamento e gestão de cuidados de enfermagem de reabilitação, tem algum método estabelecido?
C.5 – Como funcionam os programas de reabilitação implementados no serviço?
C.6 – Que tipo de ajudas técnicas dispõe no serviço, são suficientes?
C.7 – Como é efetuada a avaliação da eficácia do programa de reabilitação estabelecido? Existem registos de enfermagem específicos para os EEER? São utilizadas escalas de avaliação?
C.8 – Como são feitos os registos do EEER de forma a manter a continuidade dos cuidados?

<b>D. Papel do EEER na Preparação para a Alta</b>
D.1 – De que forma o cuidador/família é envolvida nos cuidados/programa de reabilitação?
D.2 – Como é preparada a alta e o regresso a casa? Qual o papel do EEER nessa decisão e como é o utente encaminhado?
D.3 – Qual a articulação existente entre o EEER e os recursos na comunidade?
D.4 – São realizados planos de reabilitação para o doente continuar a seguir no domicílio?
D.5 – Quais os receios/dificuldades mais verbalizados pelos cuidadores nos momentos de preparação da alta e regresso a casa?

<b>E. Expectativas do Serviço</b>
D.1 – Quais os desafios que se apresentam diariamente?
Pontos Guia: Dificuldades e constrangimentos económicos, físicos, institucionais, de dinâmica de equipa, pessoais, projetos e limitações
D.1.1 – Que mais-valias salienta na prestação de cuidados como EEER neste serviço?
D.1.2 – Quais as principais dificuldades sentidas no dia-a-dia?
D.1.3 – O serviço tem projetos em estudo e/ou implementação nos quais estejam integrados os EEER?

<b>VERTENTE DO ENSINO CLÍNICO: REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA</b>	
<b>Instituição:</b>	HOSPITAL CENTRAL
<b>Serviço:</b>	NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
<b>Duração:</b>	30 DE SETEMBRO A 8 DE NOVEMBRO DE 2013

Guião de observação que vai servir de ferramenta auxiliar ao guião de entrevista a aplicar ao Enfermeiro Chefe e ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) como forma de complemento de recolha de informação com o objetivo de:

- Planear a realização do ensino clínico com vista à aquisição de competências de EEER;
- Conhecer o serviço e a sua dinâmica de funcionamento;
- Compreender a filosofia inerente à gestão dos recursos de Enfermagem de Reabilitação;
- Conhecer o âmbito da intervenção do EEER no serviço.

### **Guião de Observação**

<b>F. Espaço Físico</b>
A.1 – Acessibilidade;
A.2 – Diferentes espaços e recursos;
A.3 – Locais de prestação dos cuidados do EEER

<b>G. Utentes Assistidos</b>
B.1 – Patologias/motivos de internamento;
B.2 – Acesso ao internamento/proveniência;
B.3 – Grau de dependência frequentes;

<b>H. Intervenção do EEER</b>
C.1 – Momentos e instrumentos de avaliação utilizados;
C.2 – Método de organização do trabalho;
C.3 – Envolvimento do doente no planeamento e execução do programa de reabilitação;
C.4 – Áreas de intervenção mais frequentes;
C.5 – Intervenções específicas junto de doentes com patologias do foro respiratório;
C.6 – Existência de programas de reabilitação específicos;
C.7 – Ajudas técnicas existentes (tipo/quantidade);
C.8 – Autonomia e equipa disciplinar;
C.9 – Registos e continuidade de cuidados;
C.10 – Envolvimento dos cuidadores/familiares;
C.11 – Alta e articulação com a comunidade;
C.12 – Avaliação das intervenções e indicadores.

**I. Projetos do EEER**

D.1 – Que contributos e mais-valias de aprendizagem me podem trazer? Em que posso contribuir?

**J. Itens que não planeei mas que observei**

<b>VERTENTE DO ENSINO CLÍNICO: REABILITAÇÃO SENSÓRIO MOTORA</b>	
<b>Instituição:</b>	CENTRO DE REABILITAÇÃO
<b>Serviço:</b>	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS
<b>Duração:</b>	11 DE NOVEMBRO DE 2013 A 14 DE FEVEREIRO DE 2014

Guião de observação que vai servir de ferramenta auxiliar ao guião de entrevista a aplicar ao Enfermeiro Chefe e ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) como forma de complemento de recolha de informação com o objetivo de:

- Planear a realização do ensino clínico com vista à aquisição de competências de EEER;
- Conhecer o serviço e a sua dinâmica de funcionamento;
- Compreender a filosofia inerente à gestão dos recursos de Enfermagem de Reabilitação;
- Conhecer o âmbito da intervenção do EEER no serviço.

<b>Guião de Observação</b>	
<b>A. Espaço Físico</b>	
A.1 – Acessibilidade;	
A.2 – Diferentes espaços e recursos;	
A.3 – Locais de prestação dos cuidados do EEER	
<b>B. Utentes Assistidos</b>	
B.1 – Patologias/motivos de internamento;	
B.2 – Acesso ao internamento/proveniência;	
B.3 – Grau de dependência frequentes;	
<b>C. Intervenção do EEER</b>	
C.1 – Momentos e instrumentos de avaliação utilizados;	
C.2 – Método de organização do trabalho;	
C.3 – Envolvimento do doente no planeamento e execução do programa de reabilitação;	
C.4 – Áreas de intervenção mais frequentes;	
C.5 – Intervenções específicas junto de doentes com lesões vertebro medulares;	
C.6 – Existência de programas de reabilitação específicos;	
C.7 – Ajudas técnicas existentes (tipo/quantidade);	
C.8 – Autonomia e equipa disciplinar;	
C.9 – Registos e continuidade de cuidados;	
C.10 – Envolvimento dos cuidadores/familiares;	
C.11 – Alta e articulação com a comunidade;	
C.12 – Avaliação das intervenções e indicadores.	

**D. Projetos do EEER**

D.1 – Que contributos e mais-valias de aprendizagem me podem trazer? Em que posso contribuir?

**E. Itens que não planeei mas que observei**

## **APÊNDICE V**

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO SUBORDINADA AO  
TEMA: “AUTOTRANSPLANTE DE CÉLULAS DA  
MUCOSA OLFATIVA EM PESSOAS COM LVM”**

# AUTO-TRANSPLANTE DE CÉLULAS DA MUCOSA OLFATIVA NA PESSOA COM LESÃO MEDULAR

Ricardo Jorge Vicente Cunha  
Aluno nº 4755

Serviço de Reabilitação de Adultos  
28 de Janeiro de 2014

## Objetivos Gerais

- Partilhar experiência e conhecimento sobre o transplante de células da mucosa olfativa em pessoa com lesão medular;
- Demonstrar a importância do uso de células da mucosa olfativa neste projeto;
- Descrever requisitos e pequeno resumo da técnica utilizada na cirurgia do auto-transplante de células da mucosa olfativa na pessoa com lesão medular;
- Apresentar resultados evidenciados na pessoa com lesão medular, após realização do auto-transplante.

## Breve Retrospectiva

- **1990:** Primeiras experiências em animais pelo Dr. Carlos Lima com colaboração do Neurocirurgião Dr. Pratas Vital;
- Experiência iniciada em ratos, 3 a 10 semanas após cirurgia haviam recuperado o movimento dos seus membros;
- **2001:** Primeira pessoa operada (Julho).
  - Tetraplégica que não tinha qualquer sensibilidade ou movimento abaixo da zona da lesão;
  - Ao longo dos 5 primeiros meses de recuperação, ganhou sensibilidade no tronco, controlo dos músculos abdominais e de um músculo da face interna da coxa esquerda;
  - 15 meses após a intervenção cirúrgica, começou a controlar outros músculos de ambos os membros inferiores, ainda que com pouca força.

## Breve Retrospectiva (cont.)

- **2005:** Hospital de Egas Moniz foi distinguido com o Prémio Serviço Público, pelo “Hospital do Futuro”, o qual tinha como objetivo incentivar e apoiar a geração de conhecimento, promover e estimular o lançamento de novas iniciativas;
- Até hoje, cerca de 100 pessoas já foram submetidas a esta cirurgia (entre portugueses e estrangeiros).



Imagem 1: CHLO – Hospital de Egas Moniz  
<http://www.chlo.min-saude.pt>

## Mecanismos da Lesão Medular

### LESÃO PRIMÁRIA

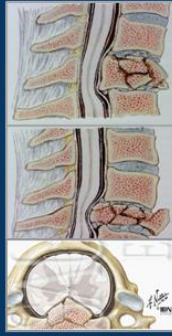


Imagem 2: Lesão vertebro-medular  
<http://www.netterimages.com>

- Ocorre no momento da lesão;
- Provocada pela transferência de energia cinética do trauma para o tecido nervoso;
- Mecanismos responsáveis pela lesão primária:
  - Contusão;
  - Compressão;
  - Estiramento;
  - Laceração.

## Mecanismos da Lesão Medular (cont.)

### LESÃO SECUNDÁRIA

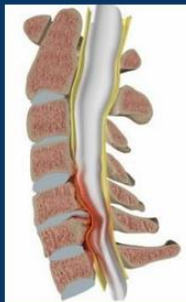


Imagem 3: Lesão vertebro-medular  
<http://www.netterimages.com>

- A lesão medular é afetada indiretamente devido às alterações ocorridas nos tecidos próprios e ao seu redor;
- Ocorre uma sequência de reações bioquímicas e celulares, desencadeadas pelo trauma inicial;
- Reações inflamatórias e imunes que levam à alteração da homeostase:
  - Hemorragia;
  - Edema;
  - Inflamação;
  - Isquemia;
  - Reperusão;
  - Hidrólise de membranas;
  - Fatores de crescimento;
  - Metabolismo do cálcio;
  - ...

## Mecanismo da Lesão Medular (cont.)



Imagem 4: Esquema da lesão medular

<http://webleones.home.sapo.pt/lesao.html>

- Formada cavidade cística preenchida por:
  - Substância líquida;
  - Células mortas;
  - Estruturas lesionadas.

- Limites da cavidade cística formam uma espécie de cicatriz (tecido necrosado);
- Alguns axónios permanecem intactos com a camada de mielina totalmente preservada;
  - Continuam a conduzir a informação.
- Axónios, mesmo sem lesões, apresentam as camadas de mielina destruídas;
  - Não são capazes de conduzir a informação.
- Restantes axónios apresentam-se lesionados;
  - Provocam a interrupção da transmissão de comandos e sensações.

## Porquê estas Células ?

- Mostraram ter as mesmas propriedades que as células estaminais embrionárias;
- São muito “plásticas”. Podem converter-se em células de todos os tipos, permitindo a “reconstrução” de nervos, fígado, rins ou o tratamento de lesões da espinal medula e doenças degenerativas;
- Suscetíveis de se renovar e formar novos neurónios durante toda a vida;
- Regeneram-se e replicam-se, num ciclo de vida de 60 dias.



Imagem 5: Mucosa Olfativa pronta a transplantar

<http://www.netterimages.com/image/1613.htm>

## Porquê estas Células? (cont.)

- Têm vantagens adicionais:

É um transplante autólogo (auto-transplante) de mucosa olfativa, em vez de células que foram cultivadas e manipuladas em laboratório, facilitando a aceitação por parte do organismo;

Elimina-se a necessidade de imunossupressão, uma vez que o tecido utilizado é do próprio hospedeiro;

Evita questões éticas relacionadas com a origem das células, caso estas fossem intracranianas ou estaminais de origem embrionária, assim como o manuseamento de células em laboratório.

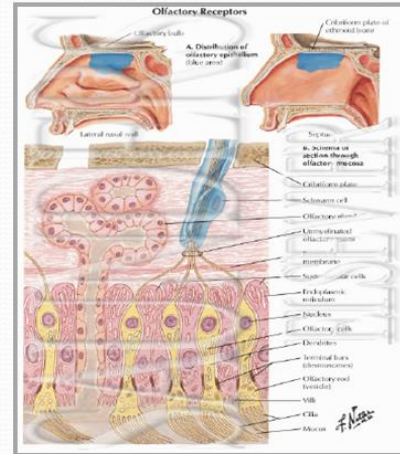


Imagem 6: Mucosa Olfativa

<http://www.netterimages.com/image/1714.htm>

## Requisitos dos Candidatos para a Cirurgia

- Idade < 35 anos de idade;
- Estar em boa forma física;
  - Devido à progressiva transformação da mucosa olfativa em mucosa respiratória e a consequente perda das capacidades regenerativas.
- A lesão deve ser de origem traumática e ocorrida há mais de um ano e meio;
  - Garante a estabilização da pessoa e evita um retrocesso na recuperação.
- A lesão deve ser de extensão reduzida (cerca de 3 cm);
  - Quantidade de mucosa olfativa diminuta.



## Resumo da Cirurgia

- Ato realizado num só tempo operatório;
- Implica a existência de duas equipas médicas (Otorrino e Neurocirurgia);
- Duração média de 5 horas;
- Utente encontra-se em decúbito lateral, de modo a dar acesso às regiões nasal e vertebral;
- Exposta a medula espinal, fazem-se pequenos cortes de modo a avivar o leito da cicatriz.



Imagem 7: Exposição da medula espinal  
Fotografia obtida no Bloco Operatório HEM

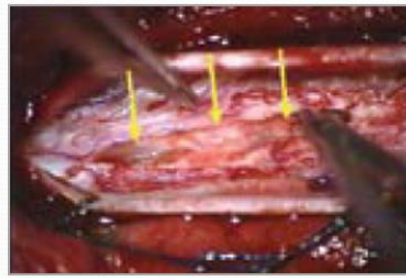


Imagem 8: Medula espinal exposta, pronta a receber o transplante  
Fotografia obtida no Bloco Operatório HEM

## Resumo da Cirurgia (cont.)

- De imediato, é colhida a mucosa olfativa para implantação no local;
  - Técnica que envolve muita perícia, visto que a mucosa olfativa está a um milímetro da massa encefálica.
- Assim são estabelecidas conexões entre o sistema nervoso acima e abaixo do estímulo interrompido.

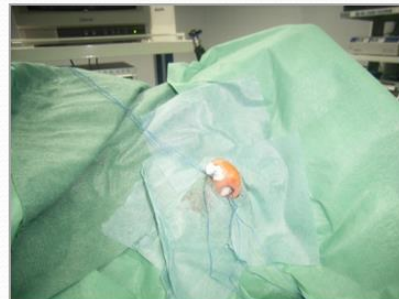


Imagem 9: Exposição da pessoa para a colheita de mucosa olfativa  
Fotografia obtida no Bloco Operatório HEM



Imagem 10: Mucosa Olfativa pronta a transplantar  
<http://www.netterimages.com/image/1613.htm>

## Resultados Imagiológicos

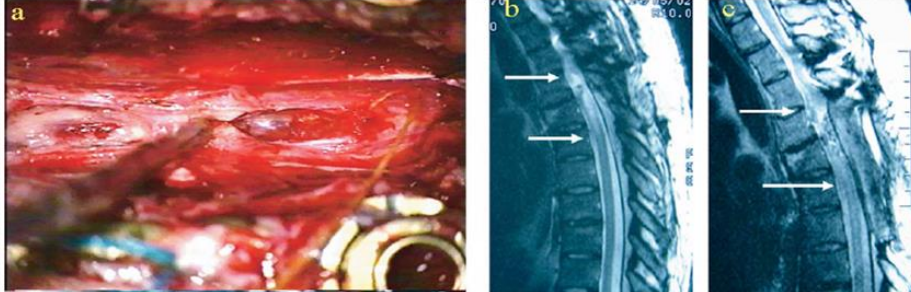


Imagem 11: Resultados imagiológicos da Cirurgia (Lima et al., 2006)

- a) Campo cirúrgico de pessoa com lesão medular onde se observam duas cavidades juntas por tecido cicatricial;
- b) Imagem de Ressonância Magnética, pré-operatória, 30 meses após ocorrência de lesão, mostra que a área de lesão vai desde a vértebra D4 até D6, medindo cerca de 4 centímetros;
- c) Imagem de Ressonância Magnética, pós operatória, 6 meses após cirurgia, mostrando um presumível preenchimento das duas cavidades, em fase de cicatrização.

## Resultados Imagiológicos (cont.)

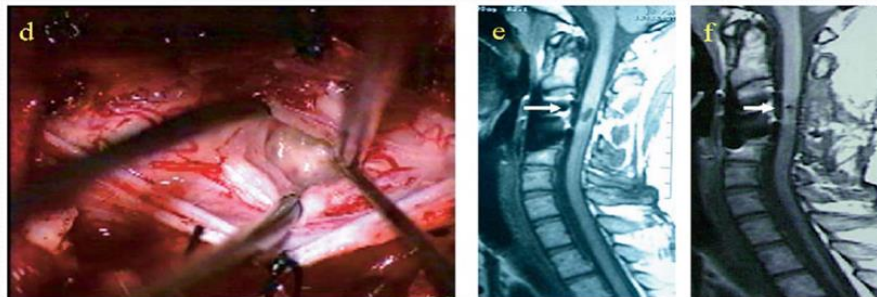


Imagem 12: Resultados imagiológicos da Cirurgia (Lima et al., 2006)

- d) Campo cirúrgico de pessoa com lesão medular onde se observam uma cavidade no tecido medular;
- e) Imagem de Ressonância Magnética, pré-operatória, 36 meses após ocorrência de lesão, mostra lesão em forma de cavidade com cerca de 1 cm entre C3 e C4;
- f) Imagem de Ressonância Magnética, pós operatória, 6 meses após cirurgia, mostrando a cavidade praticamente preenchida.

## Reabilitação

- Após a recuperação cirúrgica, é necessário investir na reabilitação física da pessoa com sequelas de lesão medular;
- Estabelecido acordo com o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais, na Tocha.



## Resultados na Pessoa com Lesão Medular

Através da pesquisa nos diversos artigos publicados foi encontrado o relato de alguns ganhos adquiridos por pessoas com lesão medular submetidas ao Auto-transplante de Células da Mucosa Olfativa:

- “Tetraplégica há 7 anos, com 32 anos de idade, com evolução de 3 meses após cirurgia refere que já nota diferenças, sobretudo a nível sensitivo na perna esquerda e no tronco”;
- “Paraplégico há 3 anos, com 29 anos de idade, adivinha de olhos fechados em que perna lhe estão a tocar, além de sentir o frio da cintura para baixo e de controlar os músculos abdominais desde o transplante”;
- “Paraplégico há um ano e meio, com 19 anos de idade, consegue pôr-se de gatas e fazer flexões um ano após a cirurgia”;
- “Tetraplégico de 18 anos de idade, aumentou a força de um músculo do braço direito e atualmente controla, apesar de não ser constante, alguns músculos das pernas”;
- “A primeira doente a ser transplantada em 2001, tetraplégica, foi a que chegou mais longe.”

## Resultados na Pessoa com Lesão Medular

“Susan Rebecca Fajt, 24 anos de idade, norte-americana, ficou paraplégica num acidente de viação em Novembro de 2001.

Foi aceite para ser submetida ao auto-transplante em Junho de 2003, tendo sido a 11ª doente no Mundo e a 3ª dos Estados Unidos, a ser submetida ao tratamento pioneiro.

Semanas depois da intervenção regressou a casa e começou o árduo e longo trabalho de fisioterapia.

Hoje, já consegue dar alguns passos com a ajuda de um andarilho e é, segundo o Dr. Hasse Ferreira, um dos neurocirurgiões da equipa que a operou, um dos casos de maior sucesso.

Exemplo de determinação, foi uma das doentes que aceitou testemunhar perante o Senado dos Estados Unidos, em defesa de uma intervenção que gostaria de ver feita no seu país”.

*(Notícia publicada pela jornalista Carla Marina Mendes, Jornal Correio da Manhã, Fevereiro de 2005)*

## Resultados na Pessoa com Lesão Medular

- Projeto que continua a ser realizado no Hospital de Egas Moniz, mesmo após a morte do seu impulsionador Dr. Carlos Lima;
  - Cirurgias programadas para os próximos meses.
- Neste momento, são também realizados transplantes de células do tronco a pessoas com lesão medular noutras instituições;
- Outros países iniciam implementação de transplante (Grécia, Polónia, EUA, Japão, Nova Zelândia, Colômbia, Arábia Saudita...)
- Estudo publicado recentemente (28 de Junho de 2013) na Polónia, demonstram resultados positivos deste tipo de cirurgia:  
Utilizadas 6 pessoas paraplégicas:
  - Três pessoas após transplante de células da mucosa olfativa apresentam melhorias a nível neurológico;
  - As restantes três pessoas que não receberam transplante não apresentaram qualquer melhoria.

## Referências Bibliográficas

- Escada, P. A., Lima, C., & da Silva, J. M. (2009). The human olfactory mucosa. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 266(11), 1675–80. doi:10.1007/s00405-009-1073-x;
- Iwatsuki, K., Yoshimine, T., Kishima, H., Aoki, M., Yoshimura, K., Ishihara, M., Lima, C. (2008). Transplantation of olfactory mucosa following spinal cord injury promotes recovery in rats. *Neuroreport*, 19(13), 1249–52. doi:10.1097/WNR.0b013e328305b70b;
- Lima, C., Escada, P., Pratas-Vital, J., Branco, C., Arcangeli, C. A., Lazzeri, G., Peduzzi, J. D. (2010). Olfactory mucosal autografts and rehabilitation for chronic traumatic spinal cord injury. *Neurorehabilitation and neural repair*, 24(1), 10–22. doi:10.1177/1545968309347685;
- Lima, C., Pratas-Vital, J., Escada, P., Hasse-Ferreira, A., Capucho, C., & Peduzzi, J. D. (2006). Olfactory mucosa autografts in human spinal cord injury: a pilot clinical study. *The journal of spinal cord medicine*, 29(3), 191–203; discussion 204–6. Acedido em 17/12/2013, disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1864811&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>;
- Mendes, C. M. (2005). Lesão medular recuperável. *Correio da Manhã*. Acedido em 22/12/2013, disponível em: <http://www.cmjournal.xl.pt/detalhe/noticias/exclusivo-cm/lesao-medular-recuperavel>;
- Murrell, W., Sanford, E., Anderberg, L., Cavanagh, B., & Mackay-Sim, A. (2009). Olfactory stem cells can be induced to express chondrogenic phenotype in a rat intervertebral disc injury model. *The spine journal: official journal of the North American Spine Society*, 9(7), 585–94. doi:10.1016/j.spinee.2009.02.011
- Vasconcelos, A. S. de, Francisca, I. S. X. de, Coura, A. S., Sousa, F. S. de, Souto, R. Q., & Cartaxo, H. G. de O. (2010). Nursing interventions on the needs of people with spinal cord injury: na integrative review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(2).

# OBRIGADO PELA ATENÇÃO DISPENSADA!

AUTO-TRANSPLANTE DE CÉLULAS DA MUCOSA OLFATIVA NA  
PESSOA COM LESÃO MEDULAR

## **APÊNDICE VI**

**INSTRUMENTO PARA: “AVALIAÇÃO DA PESSOA  
COM LESÃO MEDULAR”**



## **4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação

**Estágio com Relatório**

# **AVALIAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR**

**Ricardo Jorge Vicente Cunha, Aluno nº 4755**

**Dezembro de 2013**

## Avaliação da Pessoa com Lesão Medular

### 1. COLHEITA DE DADOS INICIAL

#### 1.1. HISTORIA ATUAL E ANTECEDENTES

##### IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

☞ **NOME:** \_\_\_\_\_

**GÉNERO:** \_\_\_\_\_

☞ **DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IDADE:** \_\_\_\_\_ anos

##### INTERNAMENTO

☞ **DATA DE ADMISSÃO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DATA DE AVALIAÇÃO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

☞ **PREVISÃO DE ALTA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

##### SITUAÇÃO FAMILIAR

☞ **ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_

☞ **AGREGADO FAMILIAR:** \_\_\_\_\_

☞ **CUIDADOR INFORMAL:** \_\_\_\_\_

☞ **PESSOA SIGNIFICATIVA:** \_\_\_\_\_

☞ **PERCEÇÃO DO ASSISTIDO SOBRE O SEU ESTADO** \_\_\_\_\_

☞ **PERCEÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE O ESTADO DO ASSISTIDO** \_\_\_\_\_

##### SITUAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

☞ **ESCOLARIDADE:** \_\_\_\_\_

☞ **PROFISSÃO** \_\_\_\_\_

☞ **ATIVIDADES OCUPACIONAIS:** \_\_\_\_\_

☞ **DIFICULDADES ECONÓMICAS:** \_\_\_\_\_

##### SITUAÇÃO HABITACIONAL

☞ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### AJUDAS TÉCNICAS QUE POSSUI

☞ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**

**ALERGIAS**

**ANTECEDENTES PESSOAIS**

**MEDICAÇÃO DE AMBULATÓRIO**

**HISTORIA DA DOENÇA ATUAL**

1.2. ESTADO NUTRICIONAL

✂ **PESO:** \_\_\_\_\_ Kg

**ALTURA:** \_\_\_\_m

✂ **HÁBITOS ALIMENTARES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

✂ **INGESTÃO DE LÍQUIDOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

✂ **BEBIDAS ALCOÓLICAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1.3. AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Escala de Comas de Glasgow (Anexo 1)

PARAMETROS	RESPOSTAS	SCORE	AVALIAÇÃO		
			DATA		
<b>ABERTURA OCULAR</b>	Espontânea	4			
	Após estimulação verbal	3			
	Após estimulação dolorosa	2			
	Ausente	1			
<hr/>					
<b>RESPOSTA MOTORA</b>	Obedece a ordens	6			
	Localiza a dor	5			
	Retirada á dor	4			
	Flexão anormal	3			
	Resposta em extensão	2			
	Nenhuma	1			
<hr/>					
<b>RESPOSTA VERBAL</b>	Orientada	5			
	Confusa	4			
	Palavras inapropriadas	3			
	Sons incompreensíveis	2			
	Nenhuma	1			
		<b>TOTAL</b>			

### 1.4. AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS

SINAL VITAL AVALIADO	DATAS DE AVALIAÇÃO		
	___/___/___	___/___/___	___/___/___
TENSÃO ARTERIAL (mmHg)			
FREQUÊNCIA CARDÍACA (ppm)			
CARACTERÍSTICAS DO PULSO			
TEMPERATURA (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (cpm)			
SATURAÇÃO DE O2 (%)			
AUSCULTAÇÃO PULMONAR			
PADRÃO RESPIRATÓRIO			

1.5. AVALIAÇÃO DA DOR

Escala Visual Analógica / Escala Numérica (Anexo 2)

AVALIAÇÃO DA DOR											
DATA	LEVE			MODERADA				INTENSA			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
__/__/__											
__/__/__											
__/__/__											

1.6. AVALIAÇÃO DO REVESTIMENTO CUTÂNEO

Escala de Braden (Anexo 3)

REVESTIMENTO CUTÂNEO	DATAS DE AVALIAÇÃO		
	__/__/__	__/__/__	__/__/__
INTEGRIDADE CUTÂNEA			
VALOR DA ESCALA DE BRADEN			
RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO			
PRESENÇA DE FERIDAS			
PRESENÇA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO			

1.7. AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE ELIMINAÇÃO VESICAL

PADRÃO HABITUAL DE ELIMINAÇÃO VESICAL	PADRÃO ATUAL DE ELIMINAÇÃO VESICAL	OBSERVAÇÕES ALTERAÇÕES

1.8. AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

PADRÃO HABITUAL DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL	PADRÃO ATUAL DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL	OBSERVAÇÕES ALTERAÇÕES

1.9. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

EQUILÍBRIO		DATAS DE AVALIAÇÃO		
		___/___/___	___/___/___	___/___/___
POSIÇÃO DE SENTADO	Estático			
	Dinâmico			
POSIÇÃO ORTOSTÁTICA	Estático			
	Dinâmico			

(Considerar: Eficaz; Instável; Ausente)

1.10. AVALIAÇÃO DO CLONUS

CLONUS	LADO DIREITO			LADO ESQUERDO		
	AUSENTE	PRESENTE		AUSENTE	PRESENTE	
		Esgotável	Inesgotável		Esgotável	Inesgotável
Dedos						
Punho						
Rotula						
Tibio-társica						

1.11. AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ESPASMOS

Escala de Lyon Universite (Anexo 4)

ESPASMOS	SCORE	DATAS DE AVALIAÇÃO		
		___/___/___	___/___/___	___/___/___
Ausência de Automatismos	0			
Automatismos pouco frequentes ou mínima intensidade desencadeados por movimentos, não alteram postura nem função	1			
Automatismos frequentes ou moderada intensidade, espontâneos, ou frente a movimentos, não prejudicam postura, nem função	2			
Automatismos muito frequentes ou grande intensidade que prejudicam postura e despertam à noite	3			
Automatismos constantes que impossibilitam a postura correta	4			

**1.12. AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR (Escala de Lower – Anexo 5),  
TONUS MUSCULAR (Escala Modificada de Ashworth – Anexo 6) E  
AMPLITUDE ARTICULAR**

Força Muscular (Escala de Lower)		Tónus Muscular (Escala de Ashworth Modificada)			Amplitude Articular					
Segmentos	Movimento (Quando aplicável segue-se a orientação: Esquerdo – Direito)	Data								
		_/_/_			_/_/_			_/_/_		
		Força	Tónus	Amplitude	Força	Tónus	Amplitude	Força	Tónus	Amplitude
<b>Cabeça e Pescoço</b>	Flexão (0º-45º)		-			-			-	
	Extensão (0º-45º)		-			-			-	
	Flexão Lateral Esquerda (0º-45º)		-			-			-	
	Flexão Lateral Direita (0º-45º)		-			-			-	
	Rotação (60º-0º-60º)		-			-			-	
<b>Escapulo-Umeral</b>	Flexão (0º-90º)	-	-		-	-		-	-	
	Extensão (0º-50º)	-	-		-	-		-	-	
	Adução (90º-0º)	-	-		-	-		-	-	
	Abdução (90º-0º)	-	-		-	-		-	-	
	Rotação Interna (0º-90º)	-	-		-	-		-	-	
	Rotação Externa (0º-90º)	-	-		-	-		-	-	
<b>Cotovelo</b>	Flexão (0º-160º)	-	-		-	-		-	-	
	Extensão (145º-0º)	-	-		-	-		-	-	
<b>Antebraço</b>	Pronação (0º-90º)	-	-		-	-		-	-	
	Supinação (0º-90º)	-	-		-	-		-	-	
<b>Punho</b>	Flexão Palmar (0º-90º)	-	-		-	-		-	-	
	Dorsi-flexão (0º-70º)	-	-		-	-		-	-	
	Desvio Radial (0º-25º)	-	-		-	-		-	-	
	Desvio Cubital (0º-65º)	-	-		-	-		-	-	
<b>Dedos Mão (I, II, III, IV, V)</b>	Metacarpofalângicas	Flexão (0º-90º)	-	-		-	-		-	-
		Extensão (0º-30º)	-	-		-	-		-	-
		Adução (20º-0º)	-	-		-	-		-	-
		Abdução (20º-0º)	-	-		-	-		-	-
	Interfalângicas proximais	Flexão (0º-120º)	-	-		-	-		-	-
		Extensão (120º-0º)	-	-		-	-		-	-
	Interfalângicas distais	Flexão (0º-80º)	-	-		-	-		-	-

	Polegar Metacarpofalângica	Extensão (80º-0º)	-	-	-	-	-	-	-
		Flexão (0º-70º)	-	-	-	-	-	-	-
		Extensão (60º-0º)	-	-	-	-	-	-	-
		Abdução (0º-50º)	-	-	-	-	-	-	-
		Adução (40º-0º)	-	-	-	-	-	-	-
	Polegar Interfalângica	Flexão (0º-90º)	-	-	-	-	-	-	-
		Extensão (90º-0º)	-	-	-	-	-	-	-
Coxo-Femural	Flexão (0º-125º)	-	-	-	-	-	-	-	
	Extensão (115º-0º)	-	-	-	-	-	-	-	
	Adução (45º-0º)	-	-	-	-	-	-	-	
	Abdução (45º-0º)	-	-	-	-	-	-	-	
	Rotação interna (0º-45º)	-	-	-	-	-	-	-	
	Rotação externa (0º-45º)	-	-	-	-	-	-	-	
Joelho	Flexão (0º-130º)	-	-	-	-	-	-	-	
	Extensão (120º-0º)	-	-	-	-	-	-	-	
Tibiotársica	Flexão plantar (0º-50º)	-	-	-	-	-	-	-	
	Flexão dorsal (0º-20º)	-	-	-	-	-	-	-	
	Inversão (0º-35º)	-	-	-	-	-	-	-	
	Eversão (0º-25º)	-	-	-	-	-	-	-	
Dedos Pés	Metatarsofalângicas	Flexão (0º-30º)	-	-	-	-	-	-	
		Extensão (80º-0º)	-	-	-	-	-	-	
	Interfalângicas	Flexão (0º-50º)	-	-	-	-	-	-	
		Extensão (50º-0º)	-	-	-	-	-	-	

	Força Muscular – Escala de Lower	Tónus Muscular – Escala de Ashworth Modificada	Amplitude
<b>Legenda</b>	0/5 - Sem contração muscular e sem movimento 1/5 - Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento 2/5 - Movimenta mas não vence a gravidade 3/5 - Raio de movimento completo contra a gravidade mas não contra a resistência 4/5 - Raio de movimento completo, vence uma resistência moderada e contra a gravidade 5/5 - Movimento normal contra resistência e contra a gravidade	H – Hipotonicidade E – Espasticidade categorizada por: 0 Tónus Normal 1 Hipertonía muito ligeira (mínima resistência no fim do movimento) 1+ Hipertonía muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento) 2 Hipertonía ligeira durante a maior parte do movimento 3 Hipertonía moderada (o movimento passivo é difícil) 4 Hipertonía grave (o movimento passivo é impossível)	< - Diminuída Normal – Mantém amplitude > - Aumentada

### 1.13. AVALIAÇÃO DE REFLEXOS (Anexo 7)

#### Reflexos Superficiais ou Exteroceptivos

REFLEXOS	LADO DIREITO		LADO ESQUERDO	
Cutâneo Plantar	F / E / I / NT	F / E / I / NT	F / E / I / NT	F / E / I / NT
<b>Legenda:</b> F=flexão; E=extensão; I= indiferente; NT=não testado				
Cutâneo Abdominal	P / A / NT	P / A / NT	P / A / NT	P / A / NT
Cremasteriano (L1/2)	P / A / NT	P / A / NT	P / A / NT	P / A / NT
Bulbo-Cavernoso/ Clitoriano-Anal	P / A / NT	P / A / NT	P / A / NT	P / A / NT
Anal (S3,4)	P / A / NT	P / A / NT	P / A / NT	P / A / NT
<b>Legenda:</b> P=presente; A=ausente; NT=não testado				

#### Reflexos Profundos ou Proprioceptivos ou Osteotendinosos

REFLEXOS	LADO DIREITO		LADO ESQUERDO	
Bicipital (C5/6)	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
Estiloradial (C5/6)	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
Tricipital (C6/7/8)	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
Rotuliano (L3/4)	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
Aquiliano (L5/S1/2)	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
<b>Legenda:</b> 0=abolidos; 1=diminuídos; 2=mantidos; 3=aumentados				

### 1.14. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE (Anexo 8)

#### Sensibilidade Superficial ou Exteroceptiva

SENSIBILIDADE TÁCTIL	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Membro Superior	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
Membro Inferior	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
<b>Legenda:</b> 0= abolida; 1= diminuída; 2= mantida; 3= aumentada		

SENSIBILIDADE ÁLGICA	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Membro Superior	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
Membro Inferior	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
<b>Legenda:</b> 0= abolida; 1= diminuída; 2= mantida; 3= aumentada		

SENSIBILIDADE TÉRMICA	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Membro Superior	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
Membro Inferior	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2 / 3
<b>Legenda:</b> 0= abolida; 1= diminuída; 2= mantida; 3= aumentada		

#### Sensibilidade Profunda ou Proprioceptiva

SENSIBILIDADE POSTURAL	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Membro Superior	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2
Membro Inferior	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2
<b>Legenda:</b> 0= abolida; 1= mantida; 2= alterada		

SENSIBILIDADE VIBRATÓRIA	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Membro Superior	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2
Membro Inferior	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2
<b>Legenda:</b> 0= abolida; 1= mantida; 2= alterada		

SENSIBILIDADE EPICRÍTICA	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Membro Superior	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2
Membro Inferior	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2
<b>Legenda:</b> 0= abolida; 1= mantida; 2= alterada		

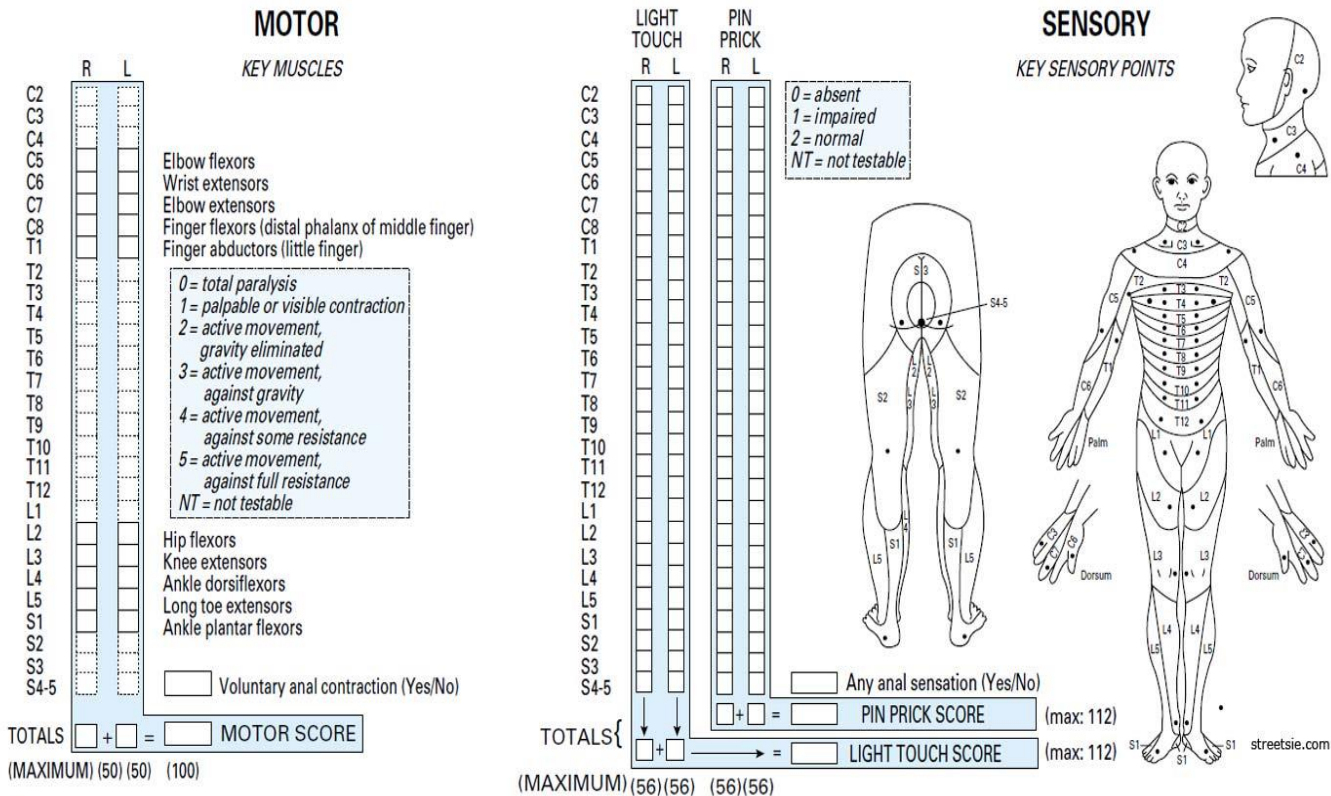
Sensibilidade Estereognóstica

SENSIBILIDADE ESTEREOGNÓSTICA	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Membro Superior	0 / 1	0 / 1
Membro Inferior	0 / 1	0 / 1
<b>Legenda:</b> 0= ausente; 1= mantida		

**1.15. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA (SENSITIVA E MOTORA) DE ACORDO COM A ESCALA ASIA (ANEXO 9)**



**STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY**



<b>NEUROLOGICAL LEVEL</b> <i>The most caudal segment with normal function</i>	SENSORY	R	L	<b>COMPLETE OR INCOMPLETE?</b> <input type="checkbox"/> <i>Incomplete = Any sensory or motor function in S4-S5</i>	<b>ZONE OF PARTIAL PRESERVATION</b> <i>Caudal extent of partially innervated segments</i>	SENSORY	R	L
	MOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			MOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>ASIA IMPAIRMENT SCALE</b>	<input type="checkbox"/>			

TIPO DE LESÃO		AVALIAÇÃO DA ASIA		NIVEL NEUROLÓGICO DA LESÃO
COMPLETA	INCOMPLETA	A		
		B		
		C		
		D		
		E		

1.16. AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF):

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL				
	Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Autocuidados	A - Alimentação			
	B - Higiene Pessoal			
	C - Banho			
	D - Vestir 1/2 Superior			
	E - Vestir 1/2 Inferior			
	F - Utilização da sanita			
Controlo dos Esfínteres	G - Bexiga			
	H - Intestino			
Transferências	I - Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas			
	J - Sanita			
	K - Banheira, Duche			
Locomoção	L - Marcha/Cadeira de Rodas			
	M - Escadas			
<b>Sub-Score Motor</b>				
Comunicação	N - Compreensão			
	O - Expressão			
Cognição Social	P - Interação Social			
	Q - Resolução de Problemas			
	R - Memória			
<b>Sub-Score Cognitivo</b>				
<b>Score</b>				

Legenda	<b>INDEPENDÊNCIA</b>
	7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)
	6 – Independência Modificada (ajuda técnica)
	<b>DEPENDÊNCIA MODIFICADA</b>
	5 – Supervisão
	4 – Ajuda Mínima (pessoa participa em ≥ 75%)
	3 – Ajuda Moderada (pessoa participa em ≥ 50%)
	<b>DEPENDÊNCIA COMPLETA</b>
	2 – Ajuda Máxima (pessoa participa em ≥ 25%)
	1 – Ajuda Total (pessoa participa em ≤ 25%)
Sub-Score Motor – Entre 13 – 91	
Sub-Score Cognitivo – Entre 5 – 35	
Score – Entre 18 – 126	

**1.17. AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA – ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA NA LESÃO MEDULAR (SCIM)**

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA NA LESÃO MEDULAR (traduzida de Catz et al.,2001)					
Score	AUTOCUIDADO	Data	___	___	___
	<b>1 - Alimentação</b> (cortar, abrir recipientes, levar comida à boca, segurar copo com líquido)				
0	Necessita de sonda gástrica, gastrostomia, ou assistência total para a alimentação oral;				
1	Come comida cortada usando várias adaptações para as mãos e pratos; incapaz de segurar copo;				
2	Come comida cortada usando apenas uma adaptação para as mãos, consegue segurar um copo adaptado;				
3	Come comida cortada sem adaptações, capaz de segurar um copo; necessita de assistência para abrir recipientes;				
4	Independente em todas as tarefas sem utilizar adaptações.				
	<b>2 - Banho</b> (ensaboar-se, manipular chuveiro, lavar-se)				
	<b>A. Parte Superior do Corpo</b>				
0	Necessita de assistência total;				
1	Requer assistência parcial;				
2	Lava-se independentemente com adaptações ou numa posição específica;				
3	Lava-se independentemente e não necessita de adaptações ou posicionamento específico.				
	<b>B. Parte Inferior do Corpo</b>				
0	Necessita de assistência total;				
1	Requer assistência parcial;				
2	Lava-se independentemente com adaptações ou numa posição específica;				
3	Lava-se independentemente e não necessita de adaptações ou posicionamento específico.				
	<b>3 - Vestuário</b> (preparar roupas, vestir-se, despir-se)				
	<b>A. Parte Superior do Corpo</b>				
0	Necessita de assistência total;				
1	Requer assistência parcial;				
2	Veste-se independentemente, mas necessita de adaptações ou de posição específica;				
3	Veste-se independente, sem adaptações ou posicionamento específico.				
	<b>B. Parte Inferior do Corpo</b>				
0	Necessita de assistência total;				
1	Requer assistência parcial;				
2	Veste-se independentemente, mas necessita de adaptações ou de posição específica;				
3	Veste-se independente, sem adaptações ou posicionamento específico.				
	<b>4 - Higiene</b> (lavar as mãos e o rosto, escovar os dentes, pentear os cabelos, barbear-se e aplicar maquilhagem)				
0	Necessita de assistência total;				
1	Realiza apenas uma tarefa (exº lavar as mãos);				
2	Realiza algumas tarefas utilizando adaptações, necessita de ajuda para pôr e tirar adaptações;				

3	Independente utilizando as adaptações			
4	Independente em todas as atividades sem adaptações			
<b>Sub-Score (0-20)</b>				
<b>Score</b>	<b>Controlo Respiratório e Esfincteriano</b>			
	<b>5 - Respiração</b> (cortar, abrir recipientes, levar comida à boca, segurar copo com líquido)			
0	Necessita de assistência respiratória;			
2	Necessita de tubo traqueal e/ou assistência respiratória parcial;			
4	Respira independentemente, mas necessita de muita assistência para controlo de tubo traqueal;			
6	Respira independentemente e necessita de pequena assistência para controlo de tubo traqueal;			
8	Respira sem tubo traqueal, mas às vezes necessita de assistência para respirar;			
10	Respira independentemente sem ajuda.			
<b>6 - Controlo Esfincteriano (Bexiga)</b>				
0	Utiliza sonda;			
4	Volume residual de urina > 100cc; sem cateterização ou assistência para cateterização intermitente;			
8	Volume residual de urina < 100cc; necessita de auxílio para aplicar a sonda;			
12	Realiza o cateterismo intermitente sem auxílio;			
15	Volume residual de urina < 100cc. Não necessita de cateterismo ou de assistência para drenar a urina.			
<b>7 - Controlo Esfincteriano (Intestino)</b>				
0	Irregularidade, "time" errado, ou frequência muito baixa (menos de uma vez em três dias) de movimentos intestinais;			
5	Movimentos intestinais regulares com "time" certo, mas com assistência (ex. aplicação de supositório); raros acidentes (menos de 1 por semana);			
10	Movimentos intestinais regulares, com "time" certo, sem assistência; raros acidentes, menos de 1 por mês			
3	Veste-se independente, sem adaptações ou posicionamento específico.			
<b>8 - Uso da Sanita</b> (higiene perineal, ajuste de roupas antes e depois, uso de papel higiénico ou fraldas)				
0	Necessita de assistência total;			
1	Despe parte inferior do corpo, necessita de ajuda para todos os itens;			
2	Despe parte inferior do corpo, e limpa-se parcialmente, precisa de ajuda para ajustar roupas e fraldas			
3	Despe-se e limpa-se, precisa de ajuda para ajustar roupas e fraldas			
4	Independente em todos os itens, mas precisa de adaptações ou ajuste especiais;			
5	Independente sem adaptações ou ajuste especial.			
4	Independente em todas as atividade sem adaptações			
<b>Sub-Score (0-40)</b>				

Score	Mobilidade (Quarto e Banheira)			
		<b>9 – Mobilidade na cama e ação para prevenir locais de pressão</b>		
0	Necessita de assistência total;			
1	Mobilidade parcial (vira-se para apenas um lado da cama);			
2	Vira-se para os dois lados da cama, mas não alivia totalmente a pressão;			
3	Alivia os pontos de pressão somente quando deitado;			
4	Vira-se na cama e senta-se sem assistência			
5	Mobilidade independente na cama, realiza o "push up" sentado sem elevar totalmente o corpo;			
6	Mobilidade independente na cama, realiza o "push up" sentado com elevação total do corpo.			
	<b>10 - Transferências cama-cadeira de rodas</b> (posicionar cadeira de rodas, remover e ajustar descanso de braço, transferência)			
0	Necessita de assistência total			
1	Precisa de assistência parcial e/ou supervisão;			
2	Independente			
	<b>11 - Transferência cadeira de rodas-sanita</b> (se usa cadeira de rodas sanitária para transferência, se usa cadeira de rodas normal e trava a cadeira, remove e ajusta descanso de braço, transferência)			
0	Requer assistência total			
1	Requer assistência parcial e/ou supervisão, ou utiliza adaptações (ex. barras de apoio);			
2	Independente			
Score	Mobilidade (dentro e fora de casa)			
		<b>12 - Mobilidade dentro de casa</b> (pequenas distâncias)		
0	Requer assistência total;			
1	Necessita de cadeira de rodas elétrica ou assistência parcial para mover a cadeira comum;			
2	Move-se independentemente em cadeira de rodas comum;			
3	Necessita de supervisão enquanto anda (com ou sem auxílio de dispositivo);			
4	Anda com andarilho ou muletas (Balanço);			
5	Anda com muletas ou duas bengalas (marcha recíproca);			
6	Anda com uma bengala;			
7	Necessita apenas de ortótese para membros inferiores;			
8	Anda sem adaptações.			
	<b>13 - Mobilidade para distância moderada</b> (10- 100m)			
0	Requer assistência total;			
1	Necessita de cadeira de rodas elétrica ou assistência parcial para mover a cadeira comum;			
2	Move-se independentemente em cadeira de rodas comum;			
3	Necessita de supervisão enquanto anda (com ou sem auxílio de dispositivo);			
4	Anda com andarilho ou muletas (Balanço);			
5	Anda com muletas ou duas bengalas (marcha recíproca);			
6	Anda com uma bengala;			
7	Necessita apenas de ortótese para membros inferiores;			

8	Anda sem adaptações.			
<b>14 - Mobilidade fora de casa</b> (mais de 100m)				
0	Requer assistência total;			
1	Necessita de cadeira de rodas elétrica ou assistência parcial para mover a cadeira comum;			
2	Move-se independentemente em cadeira de rodas comum;			
3	Necessita de supervisão enquanto anda (com ou sem auxílio de dispositivo);			
4	Anda com andarilho ou muletas (Balanço);			
5	Anda com muletas ou duas bengalas (marcha recíproca);			
6	Anda com uma bengala;			
7	Necessita apenas de ortótese para membros inferiores;			
8	Anda sem adaptações.			
<b>15 – Controlo em escadas</b>				
0	Incapaz de subir ou descer escadas;			
1	Sobe e desce pelo menos três degraus com suporte ou supervisão de outra pessoa;			
2	Sobe e desce pelo menos três degraus com suporte de corrimão e/ou muleta ou bengala;			
3	Sobe e desce pelo menos três degraus sem qualquer suporte ou supervisão;			
<b>16 – Transferência: cadeira de rodas- carro</b> (aproximar-se do carro, travar a cadeira, retirar descanso de braços e apoio de pés, transferir-se da cadeira para o carro, trazer cadeira para dentro e coloca-la para fora do carro)				
0	Requer assistência total;			
1	Requer assistência parcial e/ou supervisão;			
2	Independente quando utiliza adaptações;			
3	Independente sem adaptações;			
<b>Sub-Score (0-40)</b>				
<b>TOTAL SCIM SCORE (0-100)</b>				

<b>INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	
<b>Totalmente Independente</b>	<b>100 pontos</b>
<b>Dependência Leve</b>	<b>99 a 76 pontos</b>
<b>Dependência Moderada</b>	<b>75 a 51 pontos</b>
<b>Dependência Severa</b>	<b>50 a 26 pontos</b>
<b>Dependência Total</b>	<b>25 ou menos pontos</b>

# ANEXOS

# ANEXO 1

Escala de Glasgow

## ESCALA DE GLASGOW

De acordo com Menoita (2012):

“Numa perspetiva de objetivar a avaliação do estado de consciência, Henriques (2001, p.80) refere que:

“surgiram algumas escalas, sendo a mais utilizada entre nós e em diversos países europeus, a escala de Glasgow (...) (desenvolvida por Teasdale e Jennett, em 1974, em Glasgow), que quantifica o estado de consciência em parâmetros de 3 a 15, permitindo abolir discordâncias entre diversos técnicos que lidam com doentes a necessitar desta avaliação”.

Os indicadores utilizados nesta escala são: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. A pontuação final dada na escala de Glasgow é a soma dos valores de cada indicador que corresponde à situação da pessoa (Batista 2003; Henriques, 2001; Shenk, 1995).

Na “**abertura ocular**” a pontuação varia de 1 a 4 e permite a inclusão da resposta da pessoa em quatro itens:

- Abertura espontânea (04);
- Abertura com estímulos verbais (03);
- Abertura com estímulos dolorosos (02);
- Resposta ausente (01).

Na “**resposta verbal**” a pontuação varia entre 1 a 5. A resposta verbal quando presente de forma coerente indica o mais alto grau de integração do Sistema Nervoso Central (Muniz et al, 1997). A comunicação verbal da pessoa é categorizada nos itens:

- Orientado (05), que se refere às pessoas orientadas no tempo, espaço e pessoa;
- Confuso (04), inclui as pessoas capazes de manter a conversação, porém de forma imprópria e desorientada;
- Palavras inapropriadas (03), a pessoa articula palavras ininteligíveis muitas vezes utilizadas fora do contexto, ao acaso ou de forma exclamatória;
- Sons ininteligíveis (02), sob a forma de grunhidos ou gemidos;
- Resposta ausente (01), que só é atribuída quando após várias estimulações dolorosas não se obtém nenhuma resposta.

Na secção “**resposta motora**” é dada a pontuação de 1 a 6 e é constituída pelos seguintes itens:

- Obedece a comandos verbais (06), a pessoa é capaz de obedecer a comandos simples;
- Localiza estímulos (05), a pessoa localiza e procura remover a fonte de estímulo doloroso;
- Retirada inespecífica (04), a mesma retira o estímulo doloroso mediante flexão do membro estimulado, numa resposta reflexa;

- Padrão flexor (03), a mesma responde em flexão anormal conhecida co o rigidez de descorticação, ou seja, apresenta resposta ao estímulo doloroso, caraterizada por adução do ombro e flexão do antebraço sobre o braço, acompanhada de flexão de punho e dedos e extensão do membro inferior ipsolateral;
- Padrão extensor (02), a extensão anormal ou rigidez descerebrada implica, na presença de hiperextensão dos membros, rotação interna do membro superior e flexão de punhos;
- Resposta ausente (01), a pessoa não apresenta nenhuma resposta, mesmo mediante o estímulo doloroso”.

Escala de Glasgow (Menoita, 2012)

PARAMETROS	RESPOSTAS	SCORE
<b>ABERTURA OCULAR</b>	Espontânea	4
	Após estimulação verbal	3
	Após estimulação dolorosa	2
	Ausente	1
<b>RESPOSTA MOTORA</b>	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Retirada á dor	4
	Flexão anormal	3
	Resposta em extensão	2
	Nenhuma	1
<b>RESPOSTA VERBAL</b>	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1

# ANEXO 2

Escala de Avaliação da Dor

## ESCALA VISUAL ANALÓGICA / ESCALA NUMÉRICA

De acordo com a Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 da Direção Geral de Saúde, a Dor é encarada como o 5º Sinal Vital, apresentando-se como um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.

Torna-se então de enorme importância a avaliação de acordo com as escalas propostas de forma a permitir o controlo da Dor.

A Direção Geral de Saúde preconiza:

“O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.”

### **Escala Visual Analógica**

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”.

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta.

Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

### **Escala Numérica**

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).



# ANEXO 3

Escala de Braden

## ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro, foi emitida a Orientação pela Direção Geral de Saúde, a qual defende que se deve proceder à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde.

Para essa avaliação é preconizada a aplicação da Escala de Braden.

A escala de Braden é constituída por 6 dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de Úlceras de Pressão e não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra:

- As seis sub-escalas recebem uma pontuação, conforme o comprometimento apresentado.
- Para avaliar cada uma das sub-escalas deve recorrer-se à definição dos parâmetros incluídos na escala.
- Esta pontuação varia de 1 a 4, exceto na sub-escala Fricção e Forças de deslizamento, que varia de 1 a 3.
- A soma das seis sub-escalas varia entre 6 e 23.
- Quanto menor o valor, maior será o comprometimento apresentado e, consequentemente, maior a exposição ao risco.
- Depois de avaliadas cada uma das seis sub-escalas somam-se as respectivas pontuações obtendo-se uma pontuação total, resultando assim no valor da Escala de Braden.

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- ✘ Alto Risco – Pontuação  $\leq 16$  (Necessidade de avaliação semanal)
- Baixo Risco – Pontuação  $\geq 17$  (Avaliação de 15 em 15 dias)

Escala de Braden (Adaptado de © Copyright validado para Portugal por Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado, Pedro Ferreira, 2004)

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,  OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,  OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido  OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético  OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,  OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					<b>Pontuação total</b>

# ANEXO 4

Escala de Avaliação da Frequência de Espasmos de Lyon  
Universite

## AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ESPASMOS DE ACORDO COM ESCALA DE LYON UNIVERSITE

Leitão AV, Musse CAI, Granero LHM & Pavan K,(2006) referem:

“Na avaliação da espasticidade são utilizados indicadores quantitativos e qualitativos. Estes são utilizados para identificar a intensidade e a sua influência no desempenho da função, sendo úteis na indicação de intervenções terapêuticas e análise dos seus resultados.

A escala de avaliação de automatismos medulares é uma escala ordinal que mede a frequência dos espasmos dos membros inferiores, de acordo com a frequência por hora ou por comprometimento funcional.”

Escala de Lyon Universite (Millet, 1981)

ESPASMOS	SCORE	DATAS DE AVALIAÇÃO		
		___/___/___	___/___/___	___/___/___
Ausência de Automatismos	0			
Automatismos pouco frequentes ou mínima intensidade desencadeados por movimentos, não alteram postura nem função	1			
Automatismos frequentes ou moderada intensidade, espontâneos, ou frente a movimentos, não prejudicam postura, nem função	2			
Automatismos muito frequentes ou grande intensidade que prejudicam postura e despertam à noite	3			
Automatismos constantes que impossibilitam a postura correta	4			

# ANEXO 5

Escala de Avaliação da Força Muscular de Lower

## AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, ESCALA DE LOWER (PINTO, 2001)

De acordo com Menoita (2012), a Escala de Lower surge como uma das mais utilizadas na avaliação da força muscular.

A força muscular avalia-se em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, conforme se pode verificar de seguida:

Segmentos	Movimentos (Quando aplicável segue-se a seguinte orientação: Esquerdo - Direito)	Datas		
<b>Cabeça e Pescoço</b>	Flexão;			
	Extensão;			
	Flexão Lateral Esquerdo;			
	Flexão Lateral Direito;			
	Rotação.			
<b>Escapulo-umeral</b>	Flexão;			
	Extensão;			
	Adução;			
	Abdução;			
	Rotação Interna;			
	Rotação Externa.			
<b>Cotovelo</b>	Flexão;			
	Extensão.			
<b>Antebraço</b>	Pronação;			
	Supinação.			
<b>Punho</b>	Flexão Palmar;			
	Dorsi-flexão;			
	Desvio Radial;			
	Desvio Cubital;			
	Circundação;			
<b>Dedos Mão</b>	Flexão			
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			
	Circundação			
	Oponência Polegar			

<b>Coxo-femural</b>	Flexão			
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			
	Rotação interna			
	Rotação externa			
<b>Joelho</b>	Flexão			
	Extensão			
<b>Tibio-Társica</b>	Flexão plantar			
	Flexão dorsal			
	Inversão			
	Eversão			
<b>Dedos Pés</b>	Flexão			
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			
<b>Legenda</b>	0/5- Sem contração muscular e sem movimento 1/5- Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento 2/5- Movimenta mas não vence a gravidade 3/5- Raio de movimento completo contra a gravidade mas não contra a resistência 4/5- Raio de movimento completo, vence uma resistência moderada e contra a gravidade 5/5- Movimento normal contra resistência e contra a gravidade			

A avaliação inicia-se dos segmentos distais para os proximais (mas a força depois de perda surge do proximal para o distal) e realiza-se bilateralmente.

# ANEXO 6

Escala de Avaliação do Tónus Muscular Modificada de  
Ashworth

## AVALIAÇÃO DO TÓNUS MUSCULAR, ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

Segundo Menoita (2012), a escala mais utilizada para avaliar o tónus muscular e a espasticidade é a Escala Modificada de Ashworth (Leitão et al, 2006). A sua aceitação deve-se à sua confiabilidade e reprodutibilidade inter-observador (Leitão et al, 2006). A movimentação passiva da extremidade é realizada avaliando o momento da amplitude articular em que surge a resistência ao movimento. É uma escala ordinal que varia de:

0 – Nenhum aumento do tónus muscular;

1 – Leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão;

1+ - Leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento articular restante;

2 – Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente;

3 – Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil;

4 – Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Escala Modificada de Ashworth (Leitão, 2006)

		Datas		
Segmentos	Tónus Muscular (Quando aplicável segue-se a seguinte orientação: Esquerdo - Direito)			
<b>Cabeça e Pescoço</b>	Flexão;			
	Extensão;			
	Flexão Lateral Esquerdo;			
	Flexão Lateral Direito;			
	Rotação.			
<b>Escapulo-umeral</b>	Flexão;			
	Extensão;			
	Adução;			
	Abdução;			
	Rotação Interna;			
	Rotação Externa.			
<b>Cotovelo</b>	Flexão;			
	Extensão.			
<b>Antebraço</b>	Pronação;			
	Supinação.			

<b>Punho</b>	Flexão Palmar;			
	Dorsi-flexão;			
	Desvio Radial;			
	Desvio Cubital;			
	Circundação;			
<b>Dedos Mão</b>	Flexão			
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			
	Circundação			
	Oponência Polegar			
<b>Coxo-femural</b>	Flexão			
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			
	Rotação interna			
	Rotação externa			
<b>Joelho</b>	Flexão			
	Extensão			
<b>Tibio-Társica</b>	Flexão plantar			
	Flexão dorsal			
	Inversão			
	Eversão			
<b>Dedos Pés</b>	Flexão			
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			
<b>Legenda</b>	<p>H – Hipotonicidade;  E – Espasticidade categorizada por:</p> <p>0 Tônus Normal</p> <p>1 Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no fim do movimento)</p> <p>1+ Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento)</p> <p>2 Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento</p> <p>3 Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil)</p> <p>4 Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível)</p>			

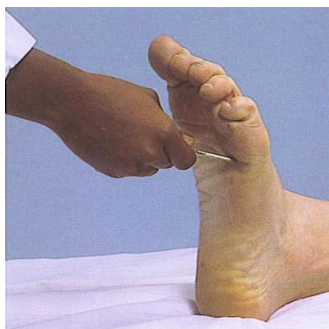
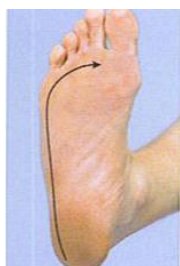
# ANEXO 7

Avaliação dos Reflexos

## AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS SUPERFICIAIS OU EXTEROCEPTIVOS

Imagens ilustrativas do procedimento de avaliação dos reflexos superficiais:

### Reflexo Cutâneo Plantar



**Procedimento:** Estimulação da planta dos pés, do calcanhar em direção aos dedos, pela região lateral do pé, com o utente deitado.

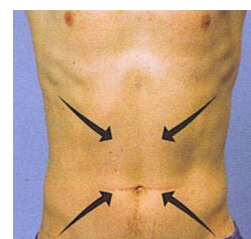
**Resposta:** Flexão: os dedos do pé curvam-se para baixo. Esta é a resposta normal observada em adultos.

Indiferente: Não há resposta ou difícil de classificar.

Extensão: o hálux realiza uma extensão para cima. A esta resposta, atribui-se o nome de sinal de Babinski.

### Reflexo Cutâneo Abdominal

**Procedimento:** Estimulação com uma ponta romba da pele da região abdominal, dos flancos para a zona umbilical na região da inervação das raízes T7-T9, T9-T10, T11-T12, estando o utente deitado.



**Resposta:** Contração da musculatura abdominal com desvio do umbigo para o lado estimulado.

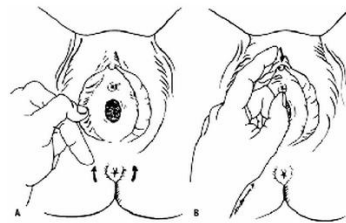
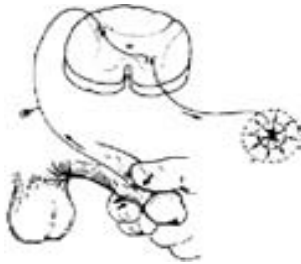
### Reflexo Cremasteriano

**Procedimento:** Estimulação da pele da face interna da coxa com o utente deitado.

**Resposta:** contração da musculatura cremastérica homolateral com elevação de testículo.



## Reflexo Bulbo-Cavernoso / Clitoriano-Anal



**Procedimento:** (Bulbo-Cavernoso) - consiste em apertar a glândula do pênis, o que imediatamente causaria a contração do ânus; (Clitoriano-Anal) - consiste em pinçar o clitóris com um cotonete levando a uma contração da musculatura do elevador do ânus.

Reflete a integridade do arco reflexo do segmento de S1 - S4.

## Reflexo Anal

**Procedimento:** estímulo da mucosa anal.

**Resposta:** contração do esfíncter anal;

## AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS PROFUNDOS, PROPRIOCEPTIVOS OU OSTEOTENDINOSOS

Avaliação dos Reflexos Osteotendinosos		
<b>Bicipital (C5)</b>		Procedimento: percutir o tendão do bíceps na sua inserção na região interna do cotovelo com interposição do dedo (fossa intercubital) e com o antebraço fletido a 90° em relação ao braço. Se o utente estiver sentado, o antebraço e as mãos ficarão apoiadas nas coxas homolaterais, com os membros superiores relaxados. Se o utente estiver deitado, apoia as mãos e a região distal do antebraço sobre o abdômen, estando o antebraço fletido num ângulo de 90° em relação ao braço, que se encontra ligeiramente em abdução. Resposta: contração do bíceps com flexão do antebraço
<b>Estilo Radial (C6)</b>		Procedimento: a posição do antebraço é a mesma do reflexo anterior, percutir a cabeça distal do rádio ou seja na inserção do tendão do músculo estilorrádial no rádio com ou sem interposição do dedo. Resposta: podemos observar contração do músculo estilorrádial com flexão do cotovelo e tendência à pronação da mão, com flexão dos dedos.
<b>Tricipital (C7)</b>		Procedimento: percutir o tendão do m. tríceps no olecrânio, sem interposição do dedo, com o braço fletido e, ligeiramente em abdução (mesma posição para os reflexos supracitados). Com o utente deitado, o examinador eleva um pouco o cotovelo da cama, para facilitar a percussão. Se o utente estiver sentado o examinador eleva o cotovelo de forma a manter o braço na mesma linha do corpo com o antebraço, fazendo um ângulo de 90° com o braço. Resposta: extensão do antebraço.
<b>Rotuliano (L4)</b>		Procedimento: percutir tendão do músculo quadricéps, entre a rótula e a cabeça da tíbia, com o utente sentado, sem interposição do dedo. Se o utente estiver deitado, eleva-se as duas coxas com o antebraço esquerdo sob os joelhos, pedindo ao utente para manter os membros inferiores relaxados, ou seja, os calcanhares ficam apoiados na cama, (mantendo-se um ângulo de cerca de 120°, na articulação do joelho). Resposta: extensão da perna sobre a coxa
<b>Aquiliano (S1)</b>		Procedimento: com o utente sentado, eleva-se um pouco o pé para manter um ângulo de cerca de 90° entre a perna e o pé e percutir o tendão na sua inserção no calcâneo. Se o utente estiver deitado coloca-se o pé esquerdo, com pequena flexão deste membro, sobre a perna direita estendida e fletindo-se, dorsalmente, o pé com a mão esquerda, percutir o tendão de Aquiles. Resposta: contração do músculo tríceps crural, com extensão do pé

# ANEXO 8

Avaliação da Sensibilidade

## AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

De acordo com Menoita (2012):

A sensibilidade constitui uma das grandes funções do sistema nervoso, através da qual o organismo adquire o conhecimento das modificações do meio que o rodeia, da sua própria atividade e dos fatores nocivos que passam a prejudica-lo.

A sensibilidade deve ser explorada de modo subjetivo, ou seja, quando é manifestada espontaneamente e explorada por anamnese, de modo objetivo, podendo-se determinar por diferentes técnicas. Esta pode dividir-se em superficial e profunda. Ambas devem ser avaliadas em todos os segmentos corporais, iniciando-se do distal para o proximal, bilateralmente e com o utente sempre com os olhos fechados.

### **Sensibilidade Superficial:**

As sensações são originadas pela ação do estímulo sobre a pele, excitando um recetor ou órgão sensorial. Cada território da pele é inervado por axónios sensitivos dentro de cada nervo segmentar (raiz nervosa), ou seja, a sensibilidade daquele território depende do dermatomo correspondente.

#### **- Sensibilidade Táctil:**

Avalia-se com uma compressa ou algodão. O enfermeiro valida se a pessoa apresenta hipoestesia táctil (sensibilidade táctil diminuída) ou anestesia táctil (sensibilidade táctil abolida).



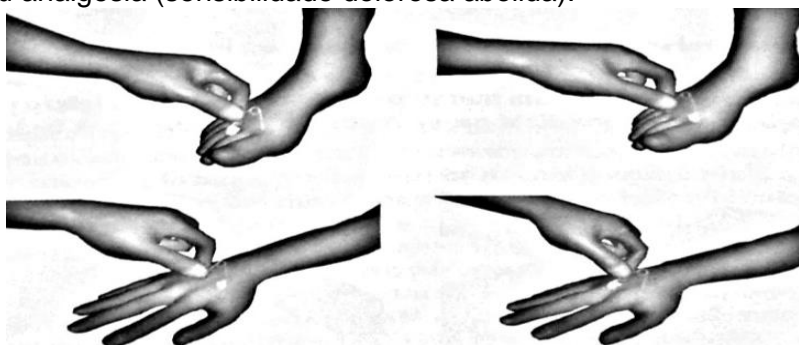
#### **- Sensibilidade Térmica:**

Deve-se fazer com tubos de água a uma temperatura fria, entre 4 e 10° e quente, entre 45/52°.

#### **- Sensibilidade Dolorosa:**

Pode utilizar-se a ponta de uma caneta (que não escreva) ou um alfinete descartável.

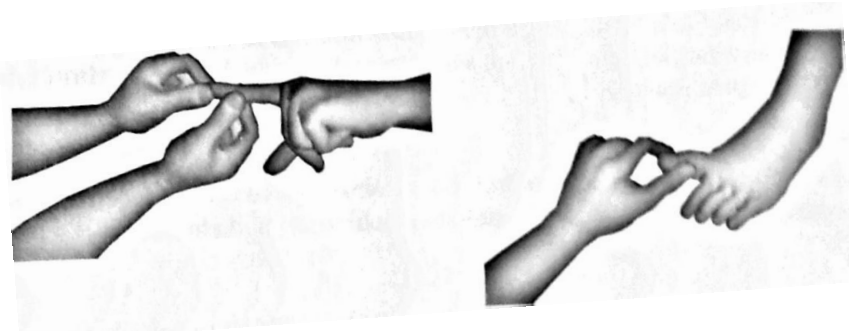
O enfermeiro verifica se a pessoa apresenta hipoalgesia (sensibilidade dolorosa diminuída) ou analgesia (sensibilidade dolorosa abolida).



### Sensibilidade Profunda:

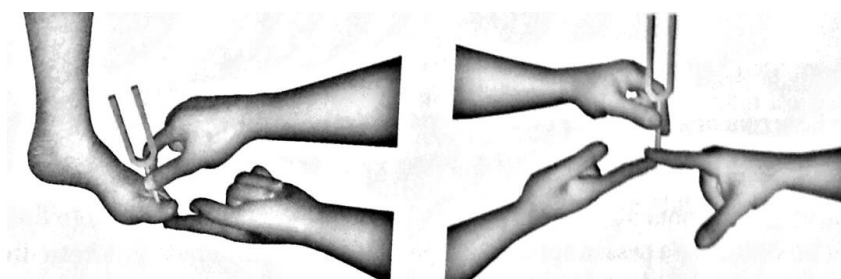
#### - Sentido de pressão ou barestesia:

Avalia-se a apreciação do peso ou pressão sobre partes do corpo. Comprimem-se as massas musculares, digital ou manualmente.



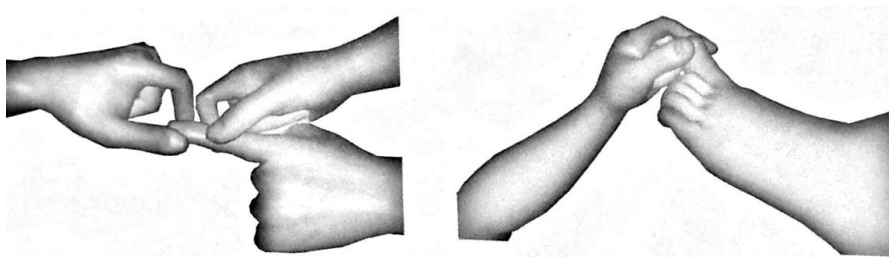
#### - Sensibilidade vibratória ou palestesia:

Este tipo de sensibilidade corresponde à sensibilidade a estímulos vibratórios. Pesquisa-se com o diapasão. Preferencialmente um de 128HZ, colocado nas saliências ósseas. A diminuição da sensibilidade vibratória chama-se hipopalestesia.



#### - Sensibilidade Postural ou das atitudes segmentares ou batiestesia ou cinético postural:

Esta visa a consciência exata da posição dos segmentos em relação ao próprio corpo. Avalia-se colocando passivamente um membro em determinada posição e pedindo à pessoa para dizer a posição do membro. Esta prova realiza-se com os olhos fechados



- Sentido estereognóstico/ estereognosia:

Este sentido possibilita à pessoa o reconhecimento de um objeto pela sensibilidade tátil, térmica, barestesia, estabelecendo a forma, contorno e estado dos objetos. Pode ser explorada mantendo a pessoa com os olhos fechados, colocando na região palmar, objetos que deve reconhecer e enquanto os manipula, caracteriza-os quanto ao tamanho, forma, consistência e nome.”

# ANEXO 9

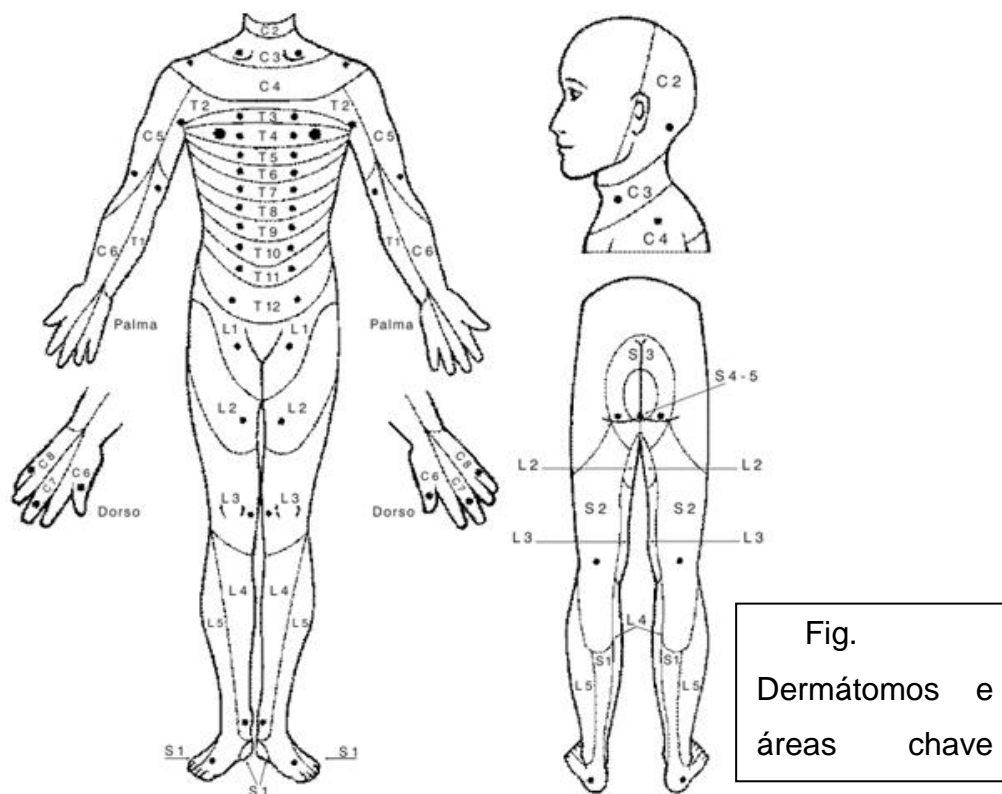
Avaliação Neurológica de acordo com Escala ASIA

## AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DE ACORDO COM ESCALA ASIA

De acordo com o Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular, Ordem dos Enfermeiros (2009), O exame neurológico é realizado para deteção de lesões de estruturas nervosas, para diferenciação de lesões completas e incompletas da medula espinhal, para deteção de choque medular.

Deve ser eficiente e seguro, para avaliar a integridade ou lesão de um segmento, devendo incluir avaliação da sensibilidade, da motilidade e de reflexos.

Os pontos-chave a desenvolver no exame neurológico, na avaliação da sensibilidade e da função motora, são referidos na avaliação da ASIA



A avaliação da sensibilidade é efetuada no sentido crânio caudal, por meio de avaliação da sensibilidade dolorosa e sensibilidade tátil, em áreas-chave para cada dermatomo nos dois hemisférios (avalia funções mediadas pelo feixe espinotalâmico lateral e anterior).

No decorrer da avaliação poderão surgir dados que nos indiquem alterações de sensibilidade.

<b>Disestesia</b>	Qualquer perturbação da sensibilidade.
<b>Anestesia</b>	Ausência de sensibilidade tátil.
<b>Hipostesia</b>	Diminuição de sensibilidade tátil.
<b>Hiperestesia</b>	Aumento da sensibilidade.
<b>Hipoalgesia</b>	Ausência de sensibilidade dolorosa.
<b>Parestesia</b>	Anomalia sensitiva tátil, sensação de formigueliro, picadas, ardor.

O esfíncter anal externo deve também ser examinado por meio da introdução do dedo enluvado do examinador, com a finalidade de determinar se existe sensibilidade ou se está ausente, permitindo avaliar se a lesão é completa ou incompleta.

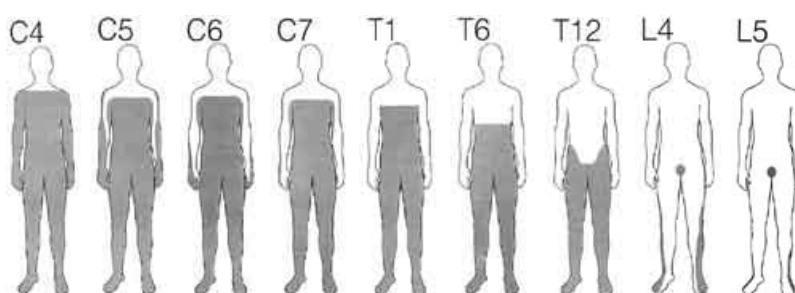












Fig. Alterações de sensibilidade resultantes de lesão medular, com preservação dos respetivos níveis medulares.

A avaliação da função motora tem como objetivo a determinação do grau de movimento que a pessoa com TVM possui (avalia a função dos feixes corticoespinhais). É insuficiente a constatação de presença ou ausência de movimento nas extremidades. O movimento deve ser quantificado em relação ao grau de força muscular, determinado por meio de uma escala que varia de 0 a 5. Deverá ser realizada por meio de avaliação, nos dois hemisférios, de músculos chave, em 10 pares de miótomos. Adicionalmente, deve também ser examinado o esfíncter anal externo, para avaliar se existe ou não capacidade de contração voluntária, o que auxilia na diferenciação de lesão completa ou incompleta.






<b>Escala da Força Muscular</b>	
<b>0</b>	Paralisia total.
<b>1</b>	Contração palpável ou visível.
<b>2</b>	Movimento ativo, arco de movimento completo com a gravidade eliminada.
<b>3</b>	Movimento ativo, arco de movimento completo contra a gravidade.
<b>4</b>	Movimento ativo, arco de movimento completo contra uma moderada resistência.
<b>5</b>	Normal, movimento ativo, arco de movimento completo contra resistência completa

Nível Neurológico	Avaliação Muscular	
C5	Flexores do cotovelo	
C6	Extensores do punho	
C7	Extensores do cotovelo	
C8	Flexor profundo do 3º dedo	
T1	Abdutores do 5º dedo	

Nível Neurológico	Avaliação Muscular	
L2	Flexores da anca	
L3	Extensores do joelho	
L4	Dorsiflexores da tíbio-társica	
L5	Extensores do hálux	
S1	Flexores plantares da tíbio-társica	

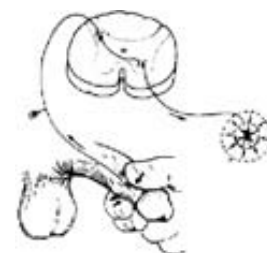
A avaliação da atividade reflexa autonômica tem como objetivo avaliar a atividade reflexa abaixo do nível da lesão, tendo presente que os reflexos tendinosos profundos são mediados pelas células do corno anterior da medula espinhal, e o córtex cerebral exerce uma ação inibidora para evitar a sua resposta exacerbada aos estímulos recebidos.

A ausência de reflexos abaixo de um dado nível de LM indica a presença de choque medular.



<b>Avaliação dos Reflexos Tendinosos</b>	
<b>Bicipital (C5)</b>	
<b>Radial (C6)</b>	
<b>Tricipital (C7)</b>	
<b>Rotuliano (L4)</b>	
<b>Aquiliano (S1)</b>	

A avaliação do reflexo bulbocavernoso é também de grande importância na determinação da presença de choque medular, em que está abolido.

Independentemente da lesão medular, este reflexo encontra-se presente ao terminar o choque medular. Pode ser obtido por estimulação do pênis ou clítoris, provocando contração do esfíncter anal.



A presença de reflexos patológicos é sempre sinal de lesão da via piramidal.

<b>Avaliação de Reflexos Patológicos</b>	
<b>Sinal de Babinsky</b>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>- A reação positiva (sinal de Babinsky) consiste na extensão do 1º dedo, acompanhada de abertura em leque dos demais. Este sinal indica lesão do feixe corticoespinhal;</li><li>- Para determinar o nível da lesão, o examinador procura relacionar este sinal com outras alterações neurológicas.</li></ul>
<b>Sinal de Oppenheim</b>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Em circunstâncias anormais, a reação é idêntica à que se observa em resposta à estimulação plantar;</li><li>- Não é tão seguro como o de Babinsky, devendo ser usado apenas como confirmação deste último.</li></ul>

## CLASSIFICAÇÃO NEUROLOGICA DE LESÕES MEDULARES DA ASIA

ASIA "A" = Lesão Completa: Sem preservação das funções motora e sensitiva no segmento sacrado S4 - S5;

ASIA "B" = Lesão Incompleta: Perda da função motora, porém função sensitiva preservada abaixo do nível neurológico e inclui sensibilidade do segmento sacrado S4-S5;

ASIA "C" = Lesão Incompleta: Função motora preservada abaixo do nível neurológico, e mais da metade dos músculos-chave abaixo do nível neurológico possuem grau de força inferior a 3 (apesar de haver contração muscular, não são capazes de vencer a gravidade);

ASIA "D" = Lesão Incompleta: Função motora preservada abaixo do nível neurológico, e mais da metade dos músculos-chave abaixo do nível neurológico possuem grau de força igual ou superior a 3 (vencem a gravidade);

ASIA "E" = Lesão Incompleta: Funções Motora e Sensitiva são normais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção-Geral da Saúde. (2009). Circular Normativa Nº 9/DQS/DSD. Lisboa.

Leitão A.V., Musse C.A.I., Granero L.H.M., Rossetto R., Pavan K., Lianza S. (2006). Espasticidade: Avaliação Clínica. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. 1-8.

Miguéns, C.; Gouveia, J.; Ferreira, P.; Furtado, K. (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden*. Lisboa : Lusodidacta, 2007

Menoita, E. C., Sousa, L. M. de, Alvo, I. B. P., & Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (1ª ed., p. 212). Loures: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*. (Vol. 2 - Cadernos OE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## **APÊNDICE VII**

**REFLEXÃO SOBRE PERCURSO DE APRENDIZAGEM NA  
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À  
PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA**

## **REFLEXÃO SOBRE PERCURSO DE APRENDIZAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA**

O presente documento foi realizado para dar resposta à necessidade de autorreflexão no que diz respeito à aquisição de competências de Enfermagem de Reabilitação na vertente da RFR como complementaridade da compreensão da pessoa com tetraplegia devido a LVM, temática que serviu de base para a realização do seu estágio. Assim permite não só facilitar o registo de toda a informação relativa à aprendizagem em contexto clínico, mas também servir de suporte de reflexão como estratégia para o seu desenvolvimento profissional.

Esta reflexão serviu de suporte para a posterior realização do seu relatório final, deste modo pode referir que neste documento existem conteúdos que são repetidos no seu relatório, dada a pertinência da sua utilização.

O estágio corresponde a um momento de transição no qual passamos de estudantes, no que diz respeito ao conhecimento teórico-prático adquirido anteriormente, a prestadores de cuidados.

Todos os momentos de mudança no processo de aprendizagem exigem reflexão de forma a existir uma correta tomada de decisão no que diz respeito à prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

O período inicial de estágio causou ao discente algumas dificuldades, dada a particularidade dos utentes a quem são prestados os cuidados, pois até então a sua experiência profissional não lhe tinha proporcionado a possibilidade de cuidar de pessoas com patologias do foro cardiorrespiratório e /ou com alterações da função renal, tendo sentido a necessidade de realização de pesquisa bibliográfica como modo de aprofundar os seus conhecimentos acerca das afeções cardíacas e renais mais frequentes, assim como sobre os cuidados a ter no pré e pós cirurgia cardíaca.

Outro das dificuldades sentidas prendeu-se com o facto do EEER não estar inserido dentro de uma equipa considerada “normal”, mas sim, sendo um núcleo de enfermagem formado apenas por quatro profissionais, os quais de acordo com as

necessidades dos vários serviços, prestam cuidados de Enfermagem de Reabilitação, causando alguma dificuldade a quem não tem conhecimento dos recursos físicos e humanos deste hospital.

De acordo com os objetivos delineados foi sua intenção conhecer a organização e dinâmica deste núcleo de reabilitação, assim como compreender a atuação do EEER, a sua prática, articulação com equipas de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade.

Neste sentido, este estágio constituiu-se como uma estratégia fundamental para o seu desenvolvimento, no domínio específico da Enfermagem de Reabilitação nas vertentes respiratória e motora nos períodos pré-operatório, pós-operatório imediato e pós-operatório tardio da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

Este Hospital apresenta-se como sendo uma instituição pública de saúde de alto grau de diferenciação, particularmente vocacionada para o tratamento de doentes com patologias graves dos foros cardíaco e renal.

Unidade hospitalar que dispõe de um total de 139 camas, sendo constituída por sete serviços de internamento e pelas seguintes especialidades: Cardiologia Pediátrica, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Cardiotorácica e Nefrologia.

O Núcleo de Enfermagem de Reabilitação, pela sua especificidade de cuidados prestados, responde a todas as solicitações dos seguintes serviços: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de Cirurgia Cardiotorácica 10 camas + 2 camas (Transplantes Cardíacos); UCI Pediátrica – 2 camas, Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) – Piso 4 – 5 camas, UNICOR – 8 camas, Unidade de Cardiologia Pediátrica – 8 camas, Consulta Externa (RFR em ambulatório), perfazendo um total de 33 camas.

É constituído por quatro EEER, embora um dos elementos se encontre com baixa médica prolongada. Normalmente é a Enfermeira Coordenadora quem realiza a gestão dos doentes e a sua distribuição pelos restantes elementos. A equipa de Enfermagem de Reabilitação utiliza o método de trabalho por responsável, em que cada enfermeiro acompanha o doente em todo o seu percurso, desde a entrada até ao momento da alta, assim como, caso esse doente seja reinternado. Além de garantir com maior facilidade a continuidade e responsabilização dos cuidados,

rentabiliza a relação enfermeiro/doente/família e, implica comunicação e trabalho de equipa.

A distribuição de doentes é realizada após participação em reunião clínica efetuada diariamente às 8H30', onde o médico que esteve de serviço entre as 16H e as 8H apresenta o estado clínico e as alterações dos doentes internados na UCI e na UCINT da Cirurgia Cardiorácica. Estas situações clínicas são analisadas e discutidas pela equipa multidisciplinar de forma a definirem quais as estratégias de atuação a implementar. Simultaneamente um outro enfermeiro do núcleo dirige-se à UCI e procede à identificação e referenciação de novos casos a integrar em programas de reabilitação, nomeadamente os doentes submetidos a cirurgia cardíaca no dia anterior.

Posteriormente, os EEER que integram o núcleo, reúnem-se no seu gabinete onde são analisadas e discutidas de forma sumária as principais conclusões, estratégias a desenvolver e novas situações. Paralelamente são analisadas as situações dos restantes doentes que se encontram nos outros serviços, também estes são inseridos em programa de reabilitação. Por fim cada um dos EEER fica com um certo número de doentes atribuídos, sendo responsáveis pelos cuidados de reabilitação.

A média de idade da população utente apresentava-se elevada, o que condiciona uma maior incidência de doenças associadas, acrescentando as complicações tanto do foro respiratório como neuromotor. Este facto leva frequentemente a um prolongamento do tempo de internamento, com necessidade de maior complexidade de cuidados pós-cirúrgicos na fase aguda e um maior dispêndio na prestação dos mesmos.

O EEER presta cuidados específicos, no que diz respeito à preparação pré-operatória do doente que vai ser submetido a cirurgia cardíaca, após cirurgia são prestados cuidados no pós-operatório imediato na UCI e na UCINT e no pós-operatório tardio quando o doente é transferido para a enfermaria, sendo também realizada a preparação para a alta do doente e família. Posteriormente, caso haja necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, especificamente de RFR, após a alta, o doente pode ainda usufruir dos mesmos em ambulatório.

Existiu alguma insegurança e dificuldade no planeamento e organização das atividades a desenvolver com a pessoa/família, pois surgiram algumas situações complexas quando o doente se encontrava internado em UCI, no entanto desenvolveu de forma progressiva uma maior capacidade de organização e planificação dos cuidados a prestar, que lhe permitiram ultrapassar todos os obstáculos.

Numa fase inicial acompanhou e colaborou com a Enfermeira Orientadora na prestação de cuidados especializados aos doentes que lhe são atribuídos, tendo sido muito útil, pois a observação participativa assumiu-se como uma forma de aprendizagem. Este cenário é constatável na medida em que a prática clínica se assume como um momento propício para a aquisição do “saber-fazer” que só se adquire fazendo, como é exemplo a realização de gestos mecânicos e utilização do tacto (onde, e de que forma pôr as mãos, como manter uma postura correta) na execução de cuidados especializados.

A determinada altura do seu estágio teve a oportunidade de ir ao Bloco Operatório assistir a uma cirurgia cardíaca, na qual o utente foi submetido a colocação de próteses nas válvulas mitral e tricúspide. Esta experiência revelou-se muito interessante e importante para a sua formação como futuro EEER e para o desenvolvimento deste estágio, pois permitiu observar tanto o posicionamento da pessoa na mesa operatória, como a posterior colocação dos drenos pleurais e no mediastino, factos estes que condicionam a posterior abordagem ao doente e o planeamento dos cuidados de RFR a prestar.

Tanto no momento pré-operatório, como no pós-operatório imediato foi preenchida uma colheita de dados inicial, a qual serviu de base para a personalização da intervenção do EEER, permitindo a posterior individualização e adequação do planeamento e prestação de cuidados.

A RFR na pessoa submetida a cirurgia cardíaca tem como objetivos a prevenção de complicações broncopulmonares, circulatórias e posturais do pós-operatório, permitindo obter uma recuperação funcional mais rápida e completa possível. Está indicada nas intervenções cirúrgicas sob ação de anestesia geral, devido às suas repercussões sobre a mecânica ventilatória, sendo igualmente fundamental nos doentes portadores de patologia pulmonar e grupos de risco, tais

como pessoas com hábitos tabágicos acentuados, com excesso de peso e nos idosos (Heitor, 1988).

A agressão cirúrgica, a anestesia, a dor e a imobilidade provocam hipersecreção brônquica, a disfunção ciliar, a inibição do mecanismo da tosse e a limitação dos movimentos respiratórios da pessoa que, vão contribuir para a retenção de secreções aumentando o risco de infecção broncopulmonar e atelectasias. Por sua vez, as secreções brônquicas vão aumentar a resistência das vias aéreas e o trabalho respiratório, produzindo alterações na ventilação alveolar. Tais fatores podem conduzir à instalação de um quadro de insuficiência respiratória aguda no pós-operatório (Gastaldi et al., 2008).

Teve oportunidade de acompanhar utentes em regime de ambulatório e em regime de internamento. Os programas de RFR foram iniciados no período pré-operatório, dado que, permite uma melhor compreensão e colaboração da pessoa, facilitando a aprendizagem do que deverá fazer no pós-operatório (Heitor, 1988).

Após observação e avaliação da pessoa, validando o seu conhecimento relativamente à sua situação e cirurgia proposta realizou educação para a saúde sobre os objetivos e benefícios da RFR, salientando a importância da sua colaboração e empenho no cumprimento do programa, para que fosse bem-sucedido. A problemática da dor no pós-operatório não foi esquecida. Além da informação dispensada sobre a terapêutica analgésica, foi feito ensino sobre técnicas de relaxamento, adoção de posições de descanso e controlo da respiração, que permitem diminuir a tensão psíquica e muscular, facilitando o controlo da dor. Para o controlo da respiração foi ensinada a consciencialização dos tempos respiratórios e sua dissociação.

Para assegurar a permeabilidade das vias aéreas, foram ensinados os métodos para facilitar a eliminação das secreções brônquicas, entre as quais a expiração forçada, o Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias, o Huff e a tosse dirigida e assistida com contenção da ferida operatória e flexão dos membros inferiores, dando ênfase à necessidade de uma hidratação eficaz. Foram também treinadas posições de drenagem postural, respeitando as contra indicações para as posições de drenagem postural com declive e das manobras de percussão e compressão torácica.

Para a prevenção e correção dos defeitos ventilatórios foram instruídos exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmática e costais (seletivos e globais) e exercícios de inspirometria incentiva, facilitando uma melhoria da relação ventilação/perfusão.

Com a finalidade da prevenção e correção dos defeitos posturais e deformações torácicas, por adoção de posições de defesa à dor, foram ensinadas técnicas de correção postural e exercícios de mobilização dos membros superiores, da cintura escapular e coluna vertebral.

Todas as estratégias de intervenção de Enfermagem de Reabilitação planeadas e realizadas à pessoa com patologia respiratória e familiar/cuidador permitiram a aquisição e consolidação de novos conhecimentos. Prestou cuidados a pessoas com um vasto leque de patologias das quais se destacam a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, a Asma, o Derrame Pleural, o Pneumotórax, a Atelectasia e as Pneumonias. Os procedimentos efetuados foram sempre ajustados às necessidades e capacidades de cada pessoa, individualizando o seu plano de cuidados, sendo reajustados quando se revelou necessário e tendo presente as contraindicações e limitações da RFR (hemoptises, hemorragias digestivas abundantes, edema pulmonar agudo, estado de choque, síndrome de dificuldade respiratória, tuberculose pulmonar ativa, embolia pulmonar, cancro do pulmão e pleura).

Um aspeto muito importante que constatou e o qual despertou ainda mais interesse pelos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados no âmbito da RFR, neste campo de estágio, foi o facto de num curto período de tempo ter tido a oportunidade de verificar os ganhos em saúde que os doentes tiveram de uma forma subtil, comprovando que a intervenção do EEER é um investimento necessário.

A elaboração do planeamento de cuidados teve em conta que a prestação dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação surge como uma parte constituinte do plano global de cuidados ao utente como pessoa única.

Para além do exposto, assumiu também a responsabilidade pela prestação de cuidados de RFSM a pessoas que sofreram AVC devido a complicações cirúrgicas, associado a problemas do foro respiratório, tendo planeado, delineado e posto em prática planos de intervenção específicos de reabilitação, contribuindo desta forma

para a aquisição de competências de EEER de forma dinâmica, articulando saberes técnico-científicos com o meio e a pessoa em causa.

O facto de ter prestado cuidados a doentes com patologias diversificadas e complexas aumentaram o grau de dificuldade e exigência, tendo tornando este campo de estágio cada vez mais atrativo e motivador, exigindo no entanto o estudo e fundamentação de todas as intervenções delineadas.

O seu relacionamento com o utente a quem prestou cuidados foi sempre baseado num processo de empatia e de relação de ajuda de acordo com a particularidade de cada pessoa, havendo necessidade de abordagens diferentes, demonstrando que por vezes as verdades escritas nos livros, não tem a mesma intensidade ao serem presenciadas e ouvidas num discurso efetuado na primeira pessoa, pois cada indivíduo tem uma história pregressa e uma forma própria de vivenciar e encarar a doença e as dificuldades por ela potenciadas. É exigido desta forma ao EEER uma capacidade intuitiva de forma a compreender os sentimentos, ansiedades e expetativas do doente e a partir daí aplicar os seus conhecimentos de uma forma holística.

No que diz respeito aos registos de continuidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, foram efetuados em plataforma CIPE/SAPE.

A CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) é uma linguagem específica, desenvolvida ao longo da evolução da enfermagem enquanto ciência, a qual tem vindo a ser adaptada ao contexto real de cada serviço.

A CIPE permite aos enfermeiros a elaboração de dois tipos de intervenções, intervenções interdependentes e intervenções autónomas, permitindo-lhes a avaliação de uma determinada pessoa, observando um conjunto de dados, que lhe permitam analisar e atribuir um diagnóstico, prescrever intervenções em função desse diagnóstico e posteriormente realizar a sua avaliação.

Como aspeto positivo pode realçar que os registos de enfermagem de reabilitação estavam devidamente organizados, dando visibilidade à efetiva prestação de cuidados de reabilitação realizada.

A inexistência de determinadas intervenções específicas do EEER na plataforma SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) obrigava a que determinados cuidados tivessem de ser registados em Observações Gerais, pois de

outra forma não se conseguiria efetuar o seu registo. Outro aspeto negativo a referir foi o facto de ainda existirem bastantes falhas tanto em termos de *hardware* como de funcionamento do *software* nesta unidade de saúde.

Em relação ao seu quotidiano, pode referir que este método de realização de registos de enfermagem não lhe causou qualquer dificuldade, visto ser a plataforma utilizada regularmente. No entanto o registo de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação foi completamente novidade, tendo aperfeiçoado a sua construção ao longo do estágio, de forma à sua apresentação ser completa, clara, concisa e objetiva.

A atuação do EEER apresenta-se como fundamental, sendo que a sua autonomia e as suas competências resultam do conjunto de saberes teórico-práticos, capacidade relacional e conhecimentos científicos que possui. A tomada de decisão e intervenções, assim como a sua postura profissional dependem diretamente desse conjunto de fatores.

A metodologia de ensino desenvolvido pela Enfermeira Orientadora e pela Professora Orientadora conduziu a momentos de reflexão e espaços de discurso acerca das práticas, tendo permitido uma consciencialização dos cuidados prestados, o que contribuiu para a construção de uma postura profissional assente em fundamentação e atualização teórico-prática de conhecimentos científicos e na prática reflexiva.

O reconhecimento por parte dos utentes, dos familiares, dos outros profissionais de saúde e dos enfermeiros generalistas pertencentes aos serviços onde atua o EEER foi notório, o que despertou no discente um sentimento de reconhecimento, gratidão e satisfação pela realização deste estágio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gastaldi, A., Magalhães, C., Baraúna, M., Silva, E., & Souza, H. (2008). Benefits of postoperative respiratory kinesiotherapy following laparoscopic cholecystectomy. *Revista de Fisioterapia*. Vol. 12, Nº2, 12(2), 100–106.
- Heitor, C. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória* (2ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.

**ANEXOS**

# **ANEXO I**

## **REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA**



## **REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo  
Lisboa, 5 de Maio de 2010

**Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010**

## REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

### Preâmbulo

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim,

Nos termos da alínea d) do art.º 30.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e do n.º 6 do artigo 4.º desta lei, no âmbito das suas atribuições regulamentadoras e nos termos da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional, o Conselho de Enfermagem e os Conselhos Directivos Regionais propõe, para aprovação pela Assembleia Geral, o seguinte Regulamento

### Artigo 1.º

#### Objecto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

### Artigo 2.º

#### Âmbito e Finalidade

1. O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.
2. O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.
3. As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.
4. A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

### Artigo 3.º

#### Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialização em enfermagem, entende-se por:

- a) "*Competências comuns*", são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;
- b) "*Competências específicas*", são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.
- c) "*Competências acrescidas*", são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.
- d) "*Domínio de competência*", é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.
- e) "*Norma ou descritivo de competência*", apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.
- f) "*Unidade de competência*", é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.
- g) "*Crítérios de avaliação*", compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

#### Artigo 4.º

##### Domínios das competências comuns

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### Artigo 5.º

##### Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1. As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:
  - a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
  - b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo I*).

#### Artigo 6.º

##### Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1. As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:
  - a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
  - b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
  - c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo II*).

**Artigo 7.º**  
**Competências do domínio da gestão dos cuidados**

1. As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:
  - a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
  - b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo III*).

**Artigo 8.º**  
**Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

1. As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:
  - a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
  - b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo IV*).

Aprovado, por maioria, pelo Conselho Directivo na sua reunião de 5 de Maio de 2010 e  
ratificado pela Digníssima Bastonária em 6 de Maio de 2010



**ANEXO I**  
**A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL**

**A1. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO.**

*Descritivo:*

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada	A1.1.1. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente. A1.1.2. O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão.

	<p>A1.1.3. A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática clínica.</p> <p>A1.1.4. Participa na construção da tomada de decisão em equipa.</p> <p>A1.1.5. As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.</p>
A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas	<p>A1.2.1. As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão.</p> <p>A1.2.2. As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.</p> <p>A1.2.3. Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.</p> <p>A1.2.4. Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p>
A1.3. Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade	<p>A1.3.1. Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade.</p> <p>A1.3.2. Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.</p> <p>A1.3.3. Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão.</p> <p>A1.3.4. Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.</p>
A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão	<p>A1.4.1. Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.</p> <p>A1.4.2. Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.</p>

**A2. PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS.**

*Descritivo:*

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
A2.1. Promove a protecção dos direitos humanos	<p>A2.1.1. Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade.</p> <p>A2.1.2. Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.3. Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.4. Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.5. Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.6. Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.7. Reconhece e aceita os direitos dos outros.</p> <p>A2.1.8. Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.</p>
A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a	<p>A2.2.1. Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco.</p> <p>A2.2.2. Adota e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas.</p> <p>A2.2.3. Tem uma conduta preventiva, antecipatória.</p>

segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente	A2.2.4. Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.5. Identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas. A2.2.6. Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.
--	---

## ANEXO II B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

### B1. DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA.

*Descritivo:*

*Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.*

<i>Unidades de competência</i>	<i>Critérios de avaliação</i>
B1.1. Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade	B1.1.1. Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.1.2. Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.1.3. Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.1.4. Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.
B1.2. Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática	B1.2.1. Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.2.2. Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

### B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.

*Descritivo:*

*Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.*

<i>Unidades de competência</i>	<i>Critérios de avaliação</i>
B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado	B2.1.1. Accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2. Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. B2.1.3. Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. B2.1.4. Realiza auditorias clínicas. B2.1.5. Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
B2.2. Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2. Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3. Selecciona estratégias de melhoria. B2.2.4. Elabora guias orientadores de boa prática.

B2.3. Lidera programas de melhoria	B2.3.1. Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2. Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.
------------------------------------	---

### B3. CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÉUTICO E SEGURO.

#### *Descritivo:*

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo	B3.1.1. Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo / grupo. B3.1.2. Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo / grupo. B3.1.3. Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas. B3.1.4. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade). B3.1.5. Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.6. Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.7. Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.8. Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.
B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais	B3.2.1. Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2. Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3. Previne os riscos ambientais. B3.2.4. Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5. Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6. Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7. Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8. Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção. B3.2.9. Colabora na elaboração de planos de emergência.

## ANEXO III C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

### C1. GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.

#### *Descritivo:*

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
C1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	C1.1.1. Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa. C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. C1.1.3. Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	C1.2.1. Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2. Cria guias orientadores das práticas a delegar. C1.2.3. Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4. Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

**C2. ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OPTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.**

*Descritivo:*

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉRIOS de avaliação</i>
C2.1. Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	C2.1.1. Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2. Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3. Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4. Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5. Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. C2.1.6. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos	C2.2.1. Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.2. Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.3. Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.4. Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

**ANEXO IV**

**D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

**D1. DESENVOLVE O AUTO-CONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE.**

*Descritivo:*

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉRIOS de avaliação</i>
D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	D1.1.1. Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2. Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3. Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4. Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional	D1.2.1. Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3. Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4. Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5. Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

**D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**

*Descritivo:*

*Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.*

<b>Unidades de competência</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>
D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade	D2.1.1. Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3. Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5. Avalia o impacto da formação.
D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade	D2.2.1. Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2. Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3. Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5. Discute as implicações da investigação. D2.2.6. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	D2.3.1. Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2. Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3. Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4. Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5. Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

## **ANEXO II**

### **REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**



**REGULAMENTO DAS  
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

APROVADO POR UNANIMIDADE EM  
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de  
Enfermagem de Reabilitação em 18/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010

**ORDEM DOS ENFERMEIROS**



## REGULAMENTO

### COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

#### Preambulo

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima.

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

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**Artigo 1.º**

**Objecto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

**Artigo 2.º**

**Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

**Artigo 3.º**

**Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

**Artigo 4.º**

**Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**

1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são as seguintes:
  - a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
  - b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
  - c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Aprovado Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação realizada no dia 18 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação  
Enf.ª Margarida Oliveira e Sousa



ANEXO I

1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

*Descritivo:*

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crterios de avaliação</i>
J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades	J1.1.1. Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.1.2. Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade. J1.1.3. Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Actividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente. J1.1.4. Identifica factores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa. J1.1.5. Avalia os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade. J1.1.6. Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's. J1.1.7. Identifica 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.
J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade	J1.2.1. Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.2.2. Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida. J1.2.3. Concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade. J1.2.4. Selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).
J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade	J1.3.1. Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.3.2. Implementa programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; optimização e/ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal). J1.3.3. Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade).
J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas	J1.4.1. Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; optimização da função; reeducação funcional; treino. J1.4.2. Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

*Descritivo:*

Analisa a problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de acções autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crterios de avaliação</i>
J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida	J2.1.1. Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado. J2.1.2. Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação). J2.1.3. Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.
J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social	J2.2.1. Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica. J2.2.2. Sensibiliza a comunidade para a importância de adopção de práticas inclusivas. J2.2.3. Identifica barreiras arquitectónicas. J2.2.4. Orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa. J2.2.5. Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

*Descritivo:*

Interage com a pessoa no sentido de desenvolver actividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crterios de avaliação</i>
J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório	J3.1.1. Demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratória e motora. J3.1.2. Ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa. J3.1.3. Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação.
J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados	J3.2.1. Monitoriza a implementação dos programas concebidos. J3.2.2. Monitoriza os resultados obtidos em função dos objectivos definidos com a pessoa.

## **ANEXO III**

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DA TEORIA  
DE DOROTHEA OREM**

# REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DA TEORIA DE DOROTHEA OREM

(Documento baseado nos livros apresentados nas referências bibliográficas)

## Requisitos Universais de Autocuidado

Estão relacionados com os processos de vida e manutenção da integridade da estrutura e funcionamento do corpo humano, podendo estar relacionado com as atividades de vida diária. São comuns a todos os seres humanos, durante todas as fases do ciclo de vida e devem ser encarados como fatores interligados, sendo que um influencia o outro.

Orem (1995) identifica os requisitos universais de autocuidado da seguinte forma:

1. Manutenção de uma inspiração adequada para estabelecer o processo respiratório;
2. Manutenção de ingestão suficiente de água;
3. Manutenção de ingestão suficiente de alimentos;
4. Prestação de cuidados, associada a processos de eliminação;
5. Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso;
6. Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social;
7. Prevenção de riscos à vida, à funcionalidade e ao bem-estar humano;
8. Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano em grupos sociais, de acordo com o seu potencial, limitações conhecidas e o desejo de ser normal. Normalidade é utilizado no sentido daquilo que é essencialmente humano e aquilo que está de acordo com as características genéticas e constitucionais, bem como com os talentos e as potencialidades das pessoas.

Orem (1995) reconhece que estes oito requisitos trazem consigo representações de ações internas e externas necessárias para a manutenção da estrutura e funcionamento da pessoa, oferecendo suporte para a sobrevivência e desenvolvimento do ser humano. Quando estes oito requisitos são satisfeitos de maneira efetiva, através do autocuidado ou da realização deste por outra pessoa, leva ao bem-estar do indivíduo. Refere também o atributo específico de cada requisito universal de autocuidado, bem como o conjunto de ações a realizar para que sejam adequadamente satisfeitos.

**Conjunto de ações gerais para a satisfação dos oito requisitos de autocuidado universal Orem (1995, p.193):**

1. “Manutenção suficiente de ar, água e alimento” (necessários ao metabolismo e à produção de energia)
  - Reconhecer a quantidade exigida pelo corpo para que o mesmo funcione normalmente, devendo considerar possíveis ajustes a fatores externos e internos que podem alterar as necessidades relacionadas com esses componentes;
  - Preservar a integridade das estruturas anatómicas e dos processos psicológicos;
  - Reconhecer a existência de sensação de prazer nas atividades de respirar, comer e beber, desde que realizadas de forma equilibrada.
  
2. “Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação” (realizar cuidados adequados relacionados com este requisito, assegurando a integridade dos processos vitais de regulação, além de promover controle efetivo dos produtos eliminados)
  - Proporcionar condições internas e externas necessárias para a manutenção e regulação dos processos de eliminação;
  - Dar orientação acerca dos processos de eliminação e sua regulação;
  - Manter as condições sanitárias do ambiente.

3. “Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso” (neste requisito são consideradas as necessidades de regulação energética e de interação do indivíduo com o meio sociocultural. A adequada regulação entre atividade e repouso proporciona o bem-estar físico e de harmonia com o ambiente)
- Optar por atividades que estimulem e mantenham em equilíbrio o exercício físico, as respostas afetivas, o desenvolvimento intelectual e a interação social;
  - Reconhecer e satisfazer as necessidades de forma a proporcionar a manutenção do repouso e da atividade;
  - Reconhecer e respeitar as necessidades e valores individuais, bem como a cultura do indivíduo para o desenvolvimento das atividades e do repouso.
4. “Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social ” (este equilíbrio é importante para promover condições essenciais aos processos de desenvolvimento humano, proporcionando níveis adequados de estimulação à interação social. Níveis inadequados de interação dificultam a troca de ideias e experiências culturais, prejudicando o crescimento do potencial humano. A interação social também é importante para a obtenção de recursos materiais e financeiros essenciais à manutenção da vida, crescimento e desenvolvimento)
- Manter a qualidade e o equilíbrio necessário para o desenvolvimento da autonomia pessoal e relações sociais duradouras;
  - Encorajar vínculos afetivos (amor, amizade);
  - Estimular a autonomia e participação em grupos;
  - Promover condições para o convívio social e para a manutenção do desenvolvimento humano.

5. “Prevenção de riscos à vida, funcionalidade e bem-estar” (são abordadas ações para a manutenção da integridade física e prevenção de danos)
  - Permanecer alerta para ocorrência de prováveis situações de risco;
  - Implementar medidas para a prevenção de eventos que possam conduzir a desenvolvimento de situações de risco;
  - Proteger das situações que não podem ser evitadas;
  - Controlar as situações de risco para eliminar o perigo à vida e ao bem-estar.
  
6. “Promoção da normalidade” (são abordadas ações para a prevenção de condições internas de risco à vida, bem como condições para o autoconhecimento)
  - Desenvolver e manter um autoconceito realístico;
  - Promover ações que facilitem o desenvolvimento humano;
  - Constituir metas para manter e promover a integridade estrutural do ser humano, bem como o seu funcionamento;
  - Reconhecer e atender aos desvios de funções de uma estrutura.

### **Requisitos Desenvolvimentais de Autocuidado**

São necessidades de adaptação do autocuidado relacionadas com novas fases da vida ou de desenvolvimento. Estes são eventos pontuais ocorridos em diversas situações do ciclo vital, como a “adaptação a um novo emprego ou adaptação às modificações do corpo, como rugas ou perda de cabelo” Foster & Bennett, (2000, p.85).

### **Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde**

Estes requisitos de autocuidado são exigidos em condições de doença ou alterações do padrão normal de saúde, ou podem ser consequência de intervenções médicas, exigidas para diagnosticar e tratar a situação. Referem-se aos cuidados ou tomadas de decisão em relação ao problema de saúde identificado ou diagnosticado com o propósito de recuperação, reabilitação e controlo.

Os requisitos de autocuidado por desvio de saúde descritos por Foster & Bennett (2000, p.85) são:

1. Procura e garantia de assistência médica adequada para as diversas situações que comprometem a saúde;
2. Consciencialização dos efeitos e resultados das condições de doença;
3. Realização de medidas de diagnóstico, terapêutica e de reabilitação prescritas, direcionadas à prevenção, recuperação, controlo e funcionamento integral da pessoa, assim como a recuperação de deformidades ou anomalias e a compensação da incapacidade funcional;
4. Ter conhecimento, observar e regular os efeitos secundários e indesejados, provenientes das medidas de terapêutica, incluindo efeitos sobre o desenvolvimento;
5. Modificação do autoconceito (e da autoimagem), na aceitação de si com alterações do seu estado normal de saúde, aderindo à prestação de cuidados especiais;
6. Aprendizagem da forma como viver e superar as adversidades da sua saúde, promovendo o desenvolvimento pessoal de forma sistemática e contínua.

Nas situações em que há necessidade de satisfação do autocuidado por desvio de saúde, a pessoa, família e amigos questionam-se acerca do que aconteceu e qual deve ser a sua intervenção frente a esta nova situação.

Quando ocorrem estados de dependência total ou parcial para a satisfação do autocuidado, como no caso da pessoa com lesão medular que implica inúmeras sequelas, esta muda da posição de agente do autocuidado para recetor do autocuidado. Desta forma, a satisfação do autocuidado depende das competências da pessoa, sendo muito importante a identificação das mesmas para verificar a existência ou inexistência de défices de autocuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Foster, P., Bennett, A., (2000) Dorothea E. Orem. In George, Julia B. (Coords).  
*Teoria de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. (p.83-101).  
Porto Alegre: Artmed Editora;
- Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice* (5th ed.). New York: Mosby.

## **ANEXO IV**

### **DISREFLEXIA AUTÓNOMA**

## **DISREFLEXIA AUTÓNOMA**

**(Documento baseado no Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular – Ordem dos Enfermeiros)**

É uma resposta exagerada do sistema nervoso simpático a um estímulo nociceptivo abaixo do nível da lesão medular, criando uma crise aguda, potencialmente fatal, surgindo particularmente em pessoas com lesão completa a nível cervical ou dorsal alto, até ao nível de D6.

### **Fisiopatologia da Disreflexia Autónoma**

O impulso sensorial nocivo, abaixo do nível da lesão, é transmitido por nervos periféricos sensoriais à medula espinhal, ascendendo na medula e sendo bloqueados ao nível da lesão. Os impulsos não chegam ao cérebro, estimulando reflexos simpáticos. Os nervos simpáticos provocam vasoconstrição, com consequente elevação da tensão arterial. Barorreceptores carotídeos enviam a informação, através dos IX e X pares cranianos, ao tronco cerebral, que por sua vez, tenta diminuir a frequência cardíaca através de estimulação vagal e envio de impulsos simpáticos inibidores pelos feixes descendentes da medula espinhal. O impulso inibidor não é eficaz devido à lesão medular se localizar a um nível superior em relação ao início dos maiores feixes simpáticos. Enquanto o estímulo nocivo se mantiver a tensão arterial manter-se-á elevada ou a subir.

A Disreflexia Autónoma pode ocorrer a qualquer momento, após o período de choque medular, à medida que os movimentos espásticos substituem a flacidez, quando retornam os reflexos vasomotores mediados pelo sistema nervoso simpático. Uma primeira ocorrência pode suceder entre três semanas e seis anos após o traumatismo.

Os sinais de disreflexia autónoma são de instalação aguda e podem não estar todos presentes, à exceção da hipertensão e bradicardia. É de referir que num tetraplégico a tensão sistólica varia entre 90 e 110 mmHg.

## **Sinais e Sintomas de Disreflexia Autônoma**

- Hipertensão arterial podendo atingir 260 mmHg de sistólica e 220 mmHg de diastólica;
- Bradicardia por resposta vagal à elevação da tensão arterial;
- Cefaleia intensa de tensão;
- Apreensão e ansiedade;
- Congestão nasal por excessiva vasodilatação em resposta à elevação da tensão arterial;
- Sabor metálico na boca;
- Brocospasmo;
- Visão turva;
- Tonturas;
- Náuseas;
- Arrepios sem hipertermia;
- Diaforese, sensação de calor, ereção pilomotor e sudorese acima da lesão;
- Palidez abaixo da lesão.

## **Causas de Disreflexia Autônoma**

### **Urinárias:**

- Distensão vesical;
- Manipulação/tração de cateter vesical;
- Infecção urinária;
- Cálculos renais e vesicais;
- Realização de cistoscopia, ecografia vesical, exames urodinâmico.

### **Intestinais:**

- Distensão intestinal;
- Impactação de fecalomas;
- Realização de toque retal;
- Introdução de supositórios.

**Cutâneas:**

- Úlceras de pressão;
- Suturas operatórias infetadas;
- Unhas encravadas;
- Temperaturas extremas;
- Roupas apertadas.

**Genitais:**

- Estimulação genital durante a atividade sexual;
- Orquites;
- Cólicas menstruais;
- Parto;
- Realização de exame ginecológico.

**Músculo-esqueléticas:**

- Fraturas;
- Paraosteortropatia.
- Cardiovasculares/cardiorrespiratórias:
- Trombose venosa profunda;
- Embolia pulmonar;
- Angina/Enfarte do miocárdio;
- Pneumonia.

**Outras:**

- Úlcera gástrica;
- Refluxo esofágico;
- Cólicas biliares;
- Abdómen agudo.
- Medicação (digoxina, norepinefrina iv);
- Realização de exames radiológicos.

Se não for rapidamente diagnosticada, tratada e revertida, tem como consequências potenciais convulsões, edema pulmonar agudo, hemorragia subaracnoideia, acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, paragem cardíaca.

## **Intervenções de Enfermagem em caso de Disreflexia Autônoma**

- Elevar a cabeceira da cama, sentar a pessoa, desde que não exista instabilidade ao nível da coluna, se possível com pernas pendentes, tirando partido da tendência para a hipotensão;
- Avaliar a pressão arterial e pulso frequentemente (cada 5 minutos) e entre cada procedimento de identificação do estímulo nociceptivo;
- Procurar estímulos nociceptivos abaixo da lesão, em particular os de três grandes origens: urinários, intestinais e cutâneos;
- Remover fonte de estímulos pois a pressão rapidamente voltará ao normal:

### **Urinários:**

- Verificar se existe distensão vesical, procedendo à palpação de possível globo vesical e verificando débito urinário;
- Verificar a permeabilidade da drenagem vesical, se a pessoa estiver algaliada:
  - Dobras no tubo de drenagem;
  - Clampagem acidental;
  - Obstrução da sonda vesical e do sistema de drenagem do saco coletor;
  - Saco de drenagem cheio.
- Remover algália obstruída
- Efetuar cateterização vesical utilizando anestésico local para reduzir o estímulo.
- Drenar lentamente a urina;
- Equacionar possível infeção urinária, cálculos renais ou vesicais;
- Suspender procedimentos que se estejam a efetuar como cistoscopia, ecografia vesical, litotomia ultrassónica.

### **Intestinais:**

- Realizar toque retal utilizando lubrificante com anestésico, de modo a reduzir a estimulação digital;
- Verificar se não existe impactação por fecalomas na ampola retal;
- Remover fezes da ampola retal;
- Equacionar possível impactação alta;

- Suspender procedimentos que se estejam a efetuar (introdução de supositório, toque retal).

#### **Cutâneos:**

- Remover ou desapertar roupas apertadas;
  - Remover ligaduras ou meias elásticas;
  - Aliviar pressão sobre genitais ou proeminências ósseas;
  - Examinar se não existem zonas de pressão e lesões cutâneas;
  - Avaliar locais de cirurgia recente;
  - Despistar a existência de unhas encravadas, hematomas, fraturas, tromboflebite, picadas de inseto;
  - Procurar objetos que se possam encontrar na cama ou assento da cadeira;
  - Avaliar alterações ambientais como calor ou frio excessivo;
  - Suspender procedimentos que se estejam a efetuar (pensos, colocação de cateteres).
- 
- Administrar terapêutica anti hipertensora, de ação rápida e curta duração, prescrita a qualquer momento do episódio de disreflexia autonómica grave (enquanto o estímulo não é identificado e removido), ou se a hipertensão persistir com pressão sistólica  $\geq 180$  mmHg (Nifedipina 10 mg, instruindo a pessoa para morder a cápsula e engoli-la);
  - O recurso terapêutico é menos desejável que o alívio sintomático pois estes medicamentos podem originar posteriormente hipotensão reativa;
  - Colocar a pessoa em posição de supina com elevação dos membros inferiores, se surgir hipotensão reativa à retirada do estímulo e uso de medicação anti-hipertensiva;
  - Transferir a pessoa para uma unidade de cuidados intensivos, em episódios severos que não respondam às intervenções descritas;
  - Manter a monitorização da pressão arterial e pulso cada 15 a 30 minutos nas 4 horas que se seguem a um episódio de disreflexia autónoma.

Após situação estar resolvida:

- Tomar medidas preventivas sobre as causas identificadas;
- Educação do doente e seus familiares/cuidadores.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. (Vol.2 - Cadernos O.E.) p. 142-144; p.254-257. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.