



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa
com HSA por rutura de aneurisma**

Bruno José Almeida Pereira

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa
com HSA por rutura de aneurisma**

Bruno José Almeida Pereira

Orientadora: Prof. Doutora Manuela Gândara

Co-orientador: Prof. Ricardo Braga

2014

*"Dá um peixe a um homem,
e alimentá-lo-ás por um dia.
Ensina o homem a pescar,
e alimentá-lo-ás para a vida."*

Provérbio Chinês

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

HA – Hospital A

HB – Hospital B

HSD – Hematoma Subdural

HSA - Hemorragia Subaracnoideia

HTA – Hipertensão Arterial

MAV – Malformação Arteriovenosa

MIF – Medida de Independência Funcional

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Pressão Intracraniana

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNC – Sistema Nervoso Central

TC - Tomografia Axial Computarizada

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a primeira causa de morte em Portugal, ultrapassando nos últimos anos as doenças cardiorrespiratórias. A Hemorragia Subaracnoideia (HSA) apresenta um grau de fatalidade bastante elevado constituindo-se como uma grande causa de limitações psicomotoras e incapacidade nas pessoas afetadas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) apresenta competências que lhe permitem intervir atempadamente sobre a pessoa que padece desta patologia em todas as suas fases, planificando e adequando as suas intervenções de forma a maximizar as potencialidades da pessoa e a prevenir possíveis complicações decorrentes.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com HSA por rutura de aneurisma poder-se-ão iniciar na fase pós resolução do aneurisma (cirúrgica ou endovascular) mas de forma progressiva. O percurso que realizei com os doentes com HSA por rutura de aneurisma desde os Cuidados Intensivos, passando pelos Cuidados Intermédios até à Enfermaria permitiu-me uma abordagem global e integradora tendo delineado planos de atuação adequados às suas necessidades específicas.

O objetivo deste relatório foi descrever, analisar e refletir sobre as atividades realizadas em contexto do ensino clínico no sentido de aquisição de competências específicas como EEER. Durante esse processo foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre HSA por rutura de aneurisma, AVC e intervenções de enfermagem de reabilitação. No sentido de completar a aquisição de competências de EEER foi incorporado um outro estágio na área da reabilitação respiratória.

Como fundamentação teórica este relatório encontra-se ancorado no pensamento de Dorothea Orem, nomeadamente na sua Teoria do Défice de Autocuidado.

Palavra-chave: Hemorragia Subaracnoideia, Acidente Vascular Cerebral e Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

In Portugal, Cerebrovascular Accident (CVA) is the leading cause of death, surpassing in the last years the cardiorespiratory diseases. The subarachnoid hemorrhage (SAH) has a higher level of fatality, and has been considered as a major cause of psychomotor limitations and disability in the affected individuals. The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (SNRN) has the necessary skills to care for the patients suffering from this condition, in all the disease stages, planning and adapting the intervention to maximize the individual's potential and prevent possible complications.

The rehabilitation nursing care to individuals with SAH caused by rupture of aneurysm starts gradually in the post-resolution of the aneurysm (surgical or endovascular). My personal background with patients with SAH by aneurysm rupture in the Intensive Care Unit, in the Intermediate Care Unit and in the Infirmary allowed me to have a comprehensive and integrative approach outlined by having the appropriate plans according to their specific needs.

The purpose of this report was to describe, analyze and reflect on the activities carried out in clinical practice towards the acquisition of specific skills as SNRN. During this process, were held several bibliographic researches on SAH by rupture of aneurysm, stroke and rehabilitation nursing interventions. In order to complete the acquisition of skills as SNRN, was developed a clinical practice focusing on respiratory rehabilitation.

The understanding of rehabilitation nursing care anchors on Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory.

Keywords: Subarachnoid hemorrhage, Cerebrovascular Accident and Rehabilitation Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1 HSA	13
1.2 Reabilitação da pessoa com HSA	16
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	26
3. O PROCESSO DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA ENQUANTO PROCESSO COMPLEMENTAR DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	50
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICES	66

APÊNDICE I Cronograma das atividades planeadas no Projeto de Formação

APÊNDICE II Plano de atividades planeadas no Projeto de Formação

APÊNDICE III Caracterização do serviço de Neurocirurgia do Hospital A

APÊNDICE IV Ação de Formação “Hemorragia Subaracnoideia por rutura de
aneurisma: Visão da Enfermagem de Reabilitação”

APÊNDICE V Plano Cuidados de doente X

APÊNDICE VI Estudo de Caso de doente X

APÊNDICE VII Certificado I Jornadas de Traumatologia do Hospital São José

APÊNDICE VIII Reflexão I Jornadas de Traumatologia do Hospital São José

APÊNDICE IX Trabalho realizado sobre Pneumotórax

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação realizei um Ensino Clínico tendo como base o Projeto de Formação realizado no âmbito da Unidade Curricular Opção II.

Este relatório visa a apresentação, descrição e avaliação das intervenções desenvolvidas ao longo do Ensino Clínico, dando cumprimento aos objetivos específicos inicialmente traçados no meu projeto, assim como refletir acerca das experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas. Pretendeu-se adquirir e desenvolver competências específicas de Enfermagem de Reabilitação no cuidado ao doente com Hemorragia Subaracnoideia (HSA) por rutura de aneurisma e sua família, através da mobilização e reflexão dos conhecimentos adquiridos e atividades desenvolvidas ao longo de todo o semestre.

A Neurocirurgia é uma área que tem atualmente uma importância vital no mundo da saúde, incorporando-se de cuidados de Enfermagem específicos. Engloba patologias vasculares cerebrais e do Sistema Nervoso Central (SNC) passíveis de intervenção cirúrgica, como é o caso dos Aneurismas, das Malformações Arterio Venosas (MAV), dos Hematomas Subdurais (HSD) e das HSA. Comporta também toda a vertente oncológica que possa afetar o SNC nomeadamente Meningiomas, Gliomas e Astrocitomas entre outros. Inclui também todas as Hérnias Disciais e patologia osteoarticular que afete a coluna vertebral, nomeadamente fraturas e luxação de vertebrae. Todas estas patologias têm impactos a nível da funcionalidade do indivíduo tendo implicações para a sua vida social, pessoal e, na maioria das vezes para o resto da vida. Estes indivíduos no decorrer deste processo de saúde-doença, vão apresentar uma necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação acrescida, fundamentalmente a nível motor.

No decorrer da minha experiência profissional enquanto Enfermeiro, a pessoa com aneurisma sempre me suscitou interesse pela complexidade de cuidados de Enfermagem inerentes ao seu cuidado. As necessidades específicas de cuidados que estes doentes apresentam e a diferenciação da vigilância decorrente das diferentes fases em que os mesmos se encontram sempre me causaram algumas questões, nomeadamente em que fase da doença se poderá dar início à sua reabilitação, de que maneira e com que intensidade. Por outro lado as próprias características do serviço onde exerço funções, com uma recém Unidade de Cuidados Intermédios apta a receber e a acompanhar este tipo de doentes nas diferentes fases da sua evolução, obrigaram-me a uma maior pesquisa e fundamentação nesta área. Todas estas inquietações referidas anteriormente conduziram-me de uma forma natural a optar por escolher esta temática e não outra.

A HSA é caracterizada pela presença de sangue no espaço subaracnoideu que pode ser causado por uma grande variedade de patologias, sendo a principal causa a rutura de aneurismas. O grau de fatalidade das HSA após rutura de aneurisma é bastante elevado com valores acima dos 50% (Van Gijn et al., 2007). Entre 10 a 15 % das pessoas que apresentam HSA morrem mesmo antes de chegar ao Hospital (Huang & Van Gelder, 2002) e aqueles que sobrevivem ficam muitas das vezes com incapacidades profundas (Kaptain et al.,2000). É nestas últimas pessoas que se torna importante e até mesmo fundamental a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Mas torna-se necessário perceber em que fase e de que maneira deverá atuar o EEER pois é claro que entre a deteção da rutura de aneurisma e o seu tratamento, quer cirúrgico pela sua clipagem, quer endovascular pela embolização do mesmo, o doente deverá permanecer em repouso absoluto com redução dos estímulos externos, sob risco do seu ressangramento ou de vasoespasmo, segundo as últimas guidelines sobre a gestão das HSA (Bederson JB et al.,2009). Deve-se assegurar um ambiente tranquilo e calmo, normalmente no leito com cabeceira a 30º, todos os esforços devem ser evitados não sendo permitidos exercícios isométricos ou ativos e devem ser evitadas as manobras de valsava (Phipps W. et

al, 2003). Desta forma, nesta fase aguda torna-se crucial a monitorização de alterações neurológicas, especialmente a nível do estado de consciência que é considerado um fator chave nas ruturas de aneurismas. Devem ser monitorizadas alterações pupilares e funções motoras pois considera-se que estas alterações são as mais sensíveis a mudanças nestes casos (Greenberg, 2005).

A intervenção da Enfermagem de Reabilitação poder-se-á iniciar nesta fase aguda através de uma avaliação neurológica de forma a identificar possíveis incapacidades e planear adequados planos de Reabilitação. No estadio pós resolução do aneurisma (cirúrgica ou endovascular) procura-se implementar os planos previamente definidos, sendo que o tempo compreendido entre a rutura do aneurisma e o seu tratamento deverá ser o mais rápido possível, de forma a prevenir ressangramento pós HSA. Tanto neste período agudo como no pós agudo, a monitorização da tensão arterial deverá ser devidamente controlada para se manter níveis adequados de perfusão cerebral (Bederson JB et al.,2009). Esta vigilância apertada a que estes doentes estão sujeitos associada aos inúmeros riscos e complicações que acarretam, foi sem dúvida um dos motes para a minha pesquisa. Dos cuidados específicos em cada uma das fases da resolução da HSA por rutura de aneurisma surge a problemática e a razão do meu presente relatório. E foi através desta que me questionei e sobre ela que construí os meus objetivos.

A HSA por rutura de aneurisma pode levar a um défice neurológico e cognitivo importante afetando as atividades funcionais das pessoas sujeitas a ela. Assim poderemos ter doentes com alterações graves da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Do total de indivíduos com HSA apenas um terço volta à sua vida normal, na sua grande maioria das vezes desenvolve sequelas neurológicas significativas (Guaresi JR et al, 2011).

Segundo Hesbeen (2003), o “Enfermeiro Especialista em Reabilitação, possui competências técnicas, científicas, profissionais e relacionais, distingue-se dos

outros, por atuar na deficiência, incapacidade e desvantagem, os seus objetivos são, analisar, suprimir, atenuar a ultrapassar os obstáculos que a geram”.

Se tivermos 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.” (Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2010), constata-se que na atuação do EEER à pessoa com HSA por rutura de aneurisma encontram-se incorporadas as competências inerentes ao mesmo.

Desta forma escolhi o tema “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Hemorragia Subaracnoideia por rutura de aneurisma”, tendo estabelecido como metas a atingir os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação no cuidado à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, nas suas diferentes fases.

Objetivos Específicos

- a) Aprofundar conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação na pessoa com HSA por rutura de aneurisma;
- b) Identificar as necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, considerando a complexidade e singularidade da pessoa enquanto ser único.

- c) Planear cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados, à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, considerando todos os recursos existentes.
- d) Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados, à pessoa com HSA por rutura de aneurisma.

No sentido de adquirir competências na área da Reeducação Funcional Respiratória de forma a complementar a minha formação, estipulei um outro objetivo a desenvolver noutra campo de estágio:

- e) Desenvolver intervenções de Enfermagem de Reabilitação na área da Reeducação Funcional Respiratória.

Todas as atividades por mim desenvolvidas de forma a atingir estes objetivos encontram-se descritas no cronograma de atividades inicialmente realizado na conceção do Projeto e apresentadas em apêndices (Apêndice I e II).

Desta forma procurarei no ponto seguinte enquadrar teoricamente tanto a HSA como a reabilitação da pessoa com HSA, para então passar à respetiva descrição das atividades por mim desenvolvidas durante este período de tempo compreendido entre Outubro de 2012 e Fevereiro de 2013. Posteriormente no capítulo 3 descrevo as minhas aprendizagens na área da Reabilitação Respiratória, como complemento ao meu percurso.

Terminarei este Relatório questionando alguns aspetos com algumas considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo procurei as bases teóricas e respetivas fundamentações da HSA para uma melhor sustentação dos cuidados a desenvolver no âmbito da reabilitação da pessoa com HSA.

1.1 HSA

A primeira descrição da HSA remonta há já praticamente 25 séculos sendo atualmente considerada como uma das patologias intracranianas mais graves que pode afetar o ser humano pois está associada a uma elevada morbidade/mortalidade e sobre a qual ainda muito pouco se pode fazer no sentido de evitar as suas trágicas consequências diretas e imediatas (Barbosa, 1992). Foi através de Egas Moniz em 1927 com a sua divulgação da técnica de angiografia cerebral que se abriu as portas para a identificação dos aneurismas cerebrais, publicada em 1933. Com o acelerado desenvolvimento da tecnologia da imagem e sucessivos progressos radiológicos, a cirurgia viu melhorados consideravelmente as suas condições para o tratamento cirúrgico dos aneurismas cerebrais. É a partir desta data que foi possível a realização programada da cirurgia dada a possibilidade de se ter um conhecimento prévio da localização exata e de variados detalhes importantes relacionados com o aneurisma (Barbosa, 1992).

A incidência de HSA está diretamente relacionada com a idade, sendo rara na infância e tornando-se maior com o passar dos anos encontrando-se mais frequentemente entre os 40 e os 60 anos. A partir dos 40 anos o predomínio é do sexo feminino aumentando com a faixa etária. Julga-se também haver uma prevalência sazonal aumentando durante a primavera e outono (Sudlow & Warlow, 1997).

Torna-se então necessária uma adequada classificação da HSA para sua melhor compreensão. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) o AVC é causado pela interrupção da irrigação cerebral quer seja pelo rompimento de um vaso sanguíneo quer pela sua oclusão, suprimindo assim o fornecimento de glicose e oxigênio, os dois substratos indispensáveis ao bom funcionamento e sobrevivência da célula, causando danos ao tecido cerebral. O AVC em Portugal é a primeira causa de morte seguindo-lhe as doenças cardiorrespiratórias. O AVC é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas neurológicos deficitários, de instalação aguda e com duração superior a 24 horas, secundários à perda de função cerebral, causada por um distúrbio na circulação cerebral (Tuna & Pereira cit in Rocha 2008), que pode ser de natureza hemorrágica ou isquémica. O AVC de natureza isquémica surge em cerca de 80-85% dos casos sendo, portanto, mais frequente que o AVC hemorrágico, que se apresenta em apenas 15-20% de casos (Worp & Gijn, 2007). Assim um AVC hemorrágico consiste na rutura de um vaso sanguíneo cerebral com sangramento para dentro do tecido cerebral ou dos espaços circundantes ao cérebro. As hemorragias intracranianas podem ser subdivididas em três tipos baseando-se no local e na origem do sangramento (Sá, 2009) que são a Hemorragia Subaracnoide (quando o sangramento se origina dos espaços subaracnoides que circundam o cérebro), a Hemorragia Intra-Cerebral (quando o sangramento se encontra no parênquima cerebral) e a Hemorragia Intraventricular (caracterizado pela presença de sangue no interior dos ventrículos cerebrais).

Desta forma e englobada no AVC hemorrágico, a HSA aneurismática apresenta uma clínica grave que se caracteriza por rutura e sangramento abrupto ficando o sangue geralmente limitado ao espaço do líquido céfalo raquidiano (LCR), compreendido entre as membranas pia-máter e aracnóide (Zivin JA, 2005). Desta forma a HSA é considerada como uma doença severa e as pessoas que padecem dela requerem de cuidados de saúde durante um longo período de tempo para minimizar letalidade e sequelas posteriores (M Hedlund et al., 2006). Sendo o aneurisma a dilatação de um vaso sanguíneo, usualmente uma artéria, o tipo com maior prevalência é o aneurisma sacular ligado por um colo à artéria de origem. A rutura de um aneurisma sacular é responsável por cerca de 50 a 75% das HSA espontâneas. Estima-se que 2 a 5% da população possam ter um aneurisma

cerebral, sendo a sua taxa de rutura de 2% ao ano. Numa revisão de dados de 8 países com população predominantemente branca, a HSA representou 4 % dos acidentes vasculares cerebrais e a média de incidência anual foi de 14/100000 habitantes/ano (Sudlow & Warlow, 1997). Novos sangramentos são normalmente fatais e o principal tratamento é a eliminação do aneurisma o mais rápido possível (Hedlund et al., 2006). Isto é feito através de cirurgia aberta com a clipagem do aneurisma através de uma craniotomia ou por via endovascular (van der schaaf et al. 2005). O tratamento endovascular é um dos mais importantes desenvolvimentos deste último século no tratamento de aneurismas intra-cranianos, sendo particularmente útil em pessoas com frágeis condições médicas e/ou neurológicas (Heros R & Morcos J, 2000), dependendo também da localização dos mesmos.

As complicações após as HSA incluem vasoespasmos, hidrocefalia, ressangramento, convulsões e desequilíbrio hidroelectrolítico (Stren et al., 2006). As recomendações para a prevenção da HSA apresentadas pelas últimas guidelines (Bederson et al, 2009) mostram-nos que o tratamento da Hipertensão Arterial (HTA) com medicação anti-hipertensiva é indicado, assim como a cessação tabágica. A utilização de exames não invasivos pode ser utilizada para populações de risco, no entanto a angiografia mantém-se como a técnica de eleição quando é clinicamente imperativo saber se um aneurisma existe (Bederson et al, 2009).

Segundo Guaresi et.al (2011), dos indivíduos acometidos por HSA, apenas um terço volta à sua vida normal, na grande maioria das vezes desenvolve sequelas neurológicas significativas. Ainda segundo o estudo dos mesmos autores, das complicações decorrentes das HSA por rutura de aneurisma, o vasoespasmos apresentou-se de forma mais frequente (20,3%), seguido de convulsões (17,6%), ressangramento (10,8%), hidrocefalia (9,5%), hematoma cerebral (4,1%), pressão intracraniana (PIC) elevada (1,4%) e outras complicações (4,2%). As sequelas neurológicas mais encontradas entre os indivíduos pesquisados foram: a alteração cognitiva (45,9%) e o défice motor (31,1%), o défice comportamental (2,7%) e outras sequelas (4,1%) (Guaresi et. al, 2011). Hemiplegia e hemiparésia ocorrem com maior frequência (Mocco et al, 2004).

Mas o papel do EEER pode também começar antes da resolução do aneurisma? Apesar do repouso absoluto e da ausência de estímulos a que a pessoa está submetida pode-se intervir a nível respiratório com dissociação dos tempos respiratórios e inspirações profundas e a nível motor com exercícios passivos de baixa intensidade de modo a manter a amplitude de movimentos para prevenir sequelas e posteriores complicações (Phipps W. et al, 2003). Após a resolução do aneurisma, todo o campo de atividades do EEER pode e deve ser iniciado, tendo sempre em atenção uma monitorização adequada dos valores tensionais, estado de consciência e função motora (Bedreson et al.,2009). A mobilização precoce destes doentes na fase pós-resolução do aneurisma (quer seja endovascular ou cirúrgica) revela-se importante na prevenção de complicações da imobilidade, na otimização do transporte de oxigénio e na melhoria da ventilação alveolar (Santos, 2006) pelo que deve ser iniciada prontamente.

Após a caracterização adequada da HSA, das suas causas, manifestações e cuidados gerais inerentes, analisei estes mesmos conceitos sob a perspetiva da Enfermagem de Reabilitação.

1.2 Reabilitação da pessoa com HSA

O papel do EEER é fundamental para a reabilitação destes doentes desde o momento do internamento onde se proporciona o acolhimento até à alta, pressupondo o encaminhamento adequado para os cuidados continuados. A reabilitação terá sempre como objetivo identificar o potencial de cada pessoa doente, personalizando as intervenções no sentido de prevenir ou diminuir a incapacidade. Isto porque os EEER têm obrigação de promover as intervenções preventivas de 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). 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 de capacidades do corpo, que não se renova; a

transformação dos processos sensoriais, preceptivos, cognitivos e afetivos; a mudança na 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).

Aqui torna-se essencial que o EEER esteja atento a estas potenciais sequelas pois elas têm um impacto significativo na recuperação e na reintegração da pessoa com HSA por rutura de aneurisma. Estudos recentes baseados em resultados da Medida da Independência Funcional (MIF) revelam que pessoas com HSA após rutura de aneurisma têm ganhos funcionais significativos após intensos programas de reabilitação (Stern et al., 2006).

A pessoa com HSA por rutura de aneurisma necessitará de reabilitação para problemas do foro neurológico, tais como fadiga severa, hemiparesia/hemiplegia, ataxia, alterações da linguagem, problemas de expressão e compreensão e alterações cognitivas, nomeadamente alterações da memória e diminuição da perceção (Ropper & Brown, 2005; Saciri & Kos, 2002). Problemas emocionais tais como labilidade de humor, ataques de pânico e reações de stress pós traumático são frequentemente notadas (Hackett & Anderson, 2000). Os défices presentes dependem da localização do aneurisma, da hemorragia subsequente e da intensidade do sangramento (Guaresi et al, 2011). Os défices motores apresentam significantes estatísticas quando associados ao vasoespasma. Constata-se que um vasoespasma clinicamente significativo implica que 30% dos pacientes morrem ou têm sequelas neurológicas significativas (Zivin, 2005).

Os sobreviventes de HSA por rutura de aneurisma têm ganhos funcionais na reabilitação, contudo o alcance dos ganhos é menor que nos Traumatizados Craneo Encefálicos (TCE) e do que nos outros tipos de AVC (Dombovy et al, 1998). Constata-se também que défices sociais, comportamentais e cognitivos são relativamente comuns após HSA e têm significativo impacto no regresso ao trabalho e nas funções familiares e na comunidade (Clinchot et al., 1997).

De uma forma geral na pessoa com HSA por rutura de aneurisma vai haver uma condição que limita a capacidade da pessoa para realizar as suas Atividades de Vida Diárias (AVD) sendo necessária a intervenção de outros, nomeadamente enfermeiros ou cuidadores informais.

Os défices originados pelo AVC diferem em função da localização e extensão da lesão e não em função do grupo etário. Porém a sua reabilitação torna-se mais difícil com o avançar da idade devido essencialmente à presença de doenças associadas e/ou às localizações difusas de lesões vasculares cerebrais, à espasticidade que por vezes surge, à frequente ausência de um companheiro, parentes ou amigos (mais frequente nas idades mais avançadas) que possam estar presentes para acompanhar no processo de reabilitação. O EEER tem um papel determinante no acompanhamento da pessoa com AVC e da sua família, bem como na adaptação do meio/pessoa, no apoio ao ajuste psicológico, na procura e adoção de mecanismos de coping, para só depois se investir no empowerment (Diogo, 2000). Enquanto prestador de cuidados se os problemas de perceção dos indivíduos que sofreram um AVC passarem despercebidos pode-se estar a exigir-lhes algo que eles não compreendem, sobrecarregando o indivíduo de informação não processada despontando assim sentimentos de frustração, abandono e depressão, todos eles, fatores negativos para um processo de reabilitação porque impedem a comunicação e desfavorecerem o desenvolvimento das potencialidades desse indivíduo.

As células nervosas só têm duas formas de estarem ativas (excitatória ou inibitória) o que lhes confere a capacidade de inibir atividades descoordenadas ou indesejadas ou pelo contrário, facilitar o armazenamento de informação, o que está intimamente relacionado com a nossa capacidade de aprendizagem (Davies, 1996). As mesmas células podem funcionar de forma excitatória ou inibitória dependendo do que percecionaram, denominando-se este fenómeno como plasticidade neural em termos neurológicos. A plasticidade do SNC é um aspeto importante no desenvolvimento de cada um, e quanto maior for a plasticidade deste, maior será a capacidade de aprendizagem e consequentemente melhores serão as perspetivas para o processo de reabilitação.

Todo o programa de reabilitação exige uma comunicação bem-sucedida, por isso os profissionais devem estar atentos a todos os problemas de cada pessoa e encontrar os canais que mais se adequam a cada uma. É neste cenário que se defende como pressupostos para qualquer plano de reabilitação o domínio de áreas tão importantes como a comunicação e o ensino/aprendizagem.

O ser humano tem um número infindável de células e fibras nervosas e um número maior ainda de conexões (sinapses) entre elas mas, nem todas estas células e ligações estão ativas, tal como nos acontece com determinadas funções mais primitivas que estão habitualmente bloqueadas, podendo ser utilizadas novamente ou substituídas (Davies, 1996).

Toda a função do SNC, toda a sensação, todo o ato de reconhecimento, todo o movimento, exige o seu próprio circuito de controlo, que normalmente percorre um número elevado de sinapses, sendo que todos estes circuitos se interligam tal como uma rede. Quando uma atividade é repetida inúmeras vezes, o circuito através do qual essa informação é conduzida torna-se gradualmente mais facilitado. As células, fibras e sinapses não necessárias para essa atividade particular, tornam-se parcialmente inibidas ou bloqueadas. Quando o processo de inibição ou facilitação acontece, significa que o movimento foi armazenado ou apreendido, encontrando-se disponível para ser utilizado de uma forma automática ou, esporadicamente, também de uma forma voluntária no processo de tomada de decisão. É disso exemplo a marcha: enquanto crianças demoramos algum tempo a aprendê-la, uma vez automatizada, só necessitamos de a consciencializar quando nos pretendemos desviar de um objeto ou quando pensamos no próprio ato em si. Para aprender é contudo necessário que a nossa capacidade de perceção esteja inalterada, de forma a permitir um desenvolvimento adequado, referimo-nos essencialmente à capacidade táctil, visual e auditiva. A capacidade de perceção está intimamente relacionada com a quantidade e qualidade dessa receção e, ainda com a habilidade em a integrar, armazenar e de organizar as informações em termos de tempo e prioridades, quer em relação ao movimento quer aos processos de pensamento.

Davies (1996) confirma que a aprendizagem das funções necessárias para a nossa vida diária, estão dependentes da sensibilidade tátil/proprioceptiva. Numa perspetiva de reabilitação como um processo de ensino/aprendizagem, não será a comunicação auditiva/visual a única a desempenhar um papel decisivo, mas, também a comunicação por intermédio do toque (sensibilidade tátil/proprioceptiva). As formas de o fazer e a intensidade desse toque poderão contribuir para uma reabilitação mais eficaz, tendo presente que “*quanto mais intensa e variada for a estimulação, mais sinapses são formadas*” (Davies, 1996).

Devemos portanto contribuir e ajudar o indivíduo a treinar as suas capacidades para que as suas potencialidades sejam rentabilizadas ao máximo. Ao procurar ter toda a atenção do indivíduo, e mantendo-a num nível máximo de desempenho durante um certo período de tempo, estaremos a maximizar o efeito da aprendizagem.

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 Geral de Enfermagem de Orem é formada por 3 construções teóricas inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Na Teoria do Autocuidado é abordada a prática de cuidados realizadas pelo indivíduo com a finalidade de manutenção da condição vital e de saúde (Orem, 2001). O autocuidado é reconhecido como uma habilidade humana, sendo que a sua execução se encontra diretamente ligada às condições que cada indivíduo possui para se autocuidar. São apontada três categorias de exigências terapêuticas/requisitos para o autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 2001). A Teoria de Défice de Autocuidado determina que a Enfermagem é necessária quando um

indivíduo é incapaz ou tem limitações na provisão de autocuidado efetivo. Nestas situações o indivíduo necessita de adquirir conhecimentos e habilidades de forma a incorporá-los no seu sistema de cuidado. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem estabelece a estrutura e orienta as práticas de Enfermagem. Nela são identificadas o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Orem, 2001). Estes sistemas são compostos por elementos fundamentais tais como a dimensão da responsabilidade da Enfermagem nas situações de resposta á saúde e o papel geral e específico de cada participante visando suprir as exigências terapêuticas.

Relativamente à Teoria do Défice de Autocuidado, esta 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. A atividade de autocuidado, segundo Orem (2001) 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 cuidado 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 e disponibilidade e adequação dos recursos, que os enfermeiros devem ter em conta quando estabelecem o plano individual de cuidados de enfermagem.

O sucesso da reabilitação da pessoa com HSA por rutura de aneurisma depende de uma adequada identificação dos problemas e da seleção das melhores alternativas para superar as dificuldades que as pessoas sentem (Davies, 1996). Dever-se-á então efetuar uma avaliação que incida sobre aspetos tão diversos como o estado de consciência, as funções mentais, a emotividade, a comunicação, a sensibilidade, a função motora, o equilíbrio e a coordenação (Davies, 1996). Para

alcançar uma boa evolução na sua reabilitação, ele deverá ser englobado em todo este processo, desenvolvendo comportamentos adequados e dirigidos por metas. Poderá haver casos em que a lesão neural em si altera a motivação do indivíduo e/ou a cognição, causando instabilidade emocional ou levando à negligência de uma ou mais partes do corpo, sendo que essa condição poderá interferir na capacidade de participar de forma significativa com comportamentos dirigidos para o seu autocuidado (Umphred, 2004).

É aqui que a mais-valia da Enfermagem de Reabilitação toma corpo. Como vem referenciado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação de 2011 “ 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 défice funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação e da sexualidade...” (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 2011).

Orem (2001) definiu os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, como a força dinamizadora e orientadora 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 pessoa com HSA por rutura de aneurisma, esta pode vivenciar situações em que não tem capacidade para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, sendo necessária a intervenção de um agente de autocuidado dependente.

Ambiente é definido como tudo o que envolve a pessoa. Orem (2001) 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.

Esta teórica define saúde apoiando-se na definição da 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, 2001).

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 vários 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 perspetiva da autora, considere o programa de reabilitação como um recurso de ação de enfermagem. A atuação de Enfermagem 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 de atuar através de 5 métodos de ajuda: agir ou fazer por, ensinar, orientar, apoiar ou proporcionar um ambiente em que o paciente se possa desenvolver ou crescer. A Enfermagem tem como principais preocupações as necessidades de ações de autocuidado do indivíduo, bem como o fornecimento e

controle destas, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença e compatibilizar-se com os seus efeitos (Orem, 2001).

A pessoa com HSA por rutura de aneurisma, tanto na fase aguda com na fase pós resolução de aneurisma não consegue satisfazer de forma autónoma as suas próprias necessidades, sendo necessária a intervenção do enfermeiro junto quer da própria pessoa quer dos seus cuidadores com o objetivo de os capacitar como agentes de autocuidado dependente.

O autocuidado tem uma dupla conotação que corresponde a “por si só” e “feito por alguém”. O prestador de autocuidado é referido como agente de autocuidado, o cuidador do adulto dependente é referido pelo termo geral agente de cuidado dependente. Existem diferentes requisitos de autocuidados: universais (comuns a todas as pessoas), de desenvolvimento (relacionados com o estágio de desenvolvimento da pessoa) e por desvio da saúde (devido à doença ou à incapacidade) que impõe uma mudança no comportamento do autocuidado (Orem, 2001).

No caso da pessoa com HSA por rutura de aneurisma o défice de autocuidado terá de ser identificado pelo EEER, procurando ajudá-la a responder às necessidades utilizando um de três sistemas de enfermagem (sistemas de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou educativo e de suporte) e por meio de cinco métodos de ajuda (agindo ou fazendo em vez de; ensinando; orientando, apoiando ou proporcionando um ambiente em que a pessoa se possa desenvolver e crescer) (Orem, 2001).

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).

Desta forma e após ter sido feito o respetivo enquadramento teórico tanto da HSA como da Reabilitação da pessoa com HSA poder-se-á passar para a descrição das atividades por mim desenvolvidas nos respetivos Ensinos Clínicos.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

De maneira a atingir o desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista e as inerentes ao grau académico de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação propus-me atingir objetivos de acordo com os domínios de competências científicas, técnicas, humanas e culturais descritas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Nestas poderei destacar: o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção do EEER; a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos; a criação e manutenção de um ambiente seguro; a gestão dos cuidados otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, baseando a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; o cuidar de pessoas com necessidades especiais em diferentes contextos da prática de cuidados; a capacitação da pessoa com limitação da atividade e restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e, por último, a maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Para desenvolver as competências como EEER na área específica por mim escolhida, fiz as minhas escolhas dos locais de Ensino Clínico. Escolhi desta forma 2 locais de Ensino Clínico para poder dar resposta aos objetivos por mim traçados.

O serviço de Neurocirurgia do Hospital A (HA) foi o local escolhido para atingir os objetivos a), b), c) e d). Tendo em vista a possibilidade de desenvolvimento de competências, procurei adquirir experiência na área da Reabilitação a nível de internamento, cuidados Intermédios e Intensivos. O facto de poder acompanhar o doente nas diferentes valências de internamento que o serviço comporta nomeadamente Enfermaria, Cuidados Intermédios e Cuidados Intensivos conforme a gravidade do seu estado permitiu-me adquirir uma visão ampla mas estruturada dos cuidados de enfermagem de Reabilitação do mesmo. Neste serviço exercem

funções 3 EEER o que lhe confere um valor acrescido na área dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

No que diz respeito ao objetivo e), optei por escolher o departamento de Readaptação Funcional Respiratória do Hospital B (HB) pois este serviço proporciona assistência ao utente no âmbito da prevenção e tratamento da patologia respiratória estabelecendo programas de exercícios respiratórios adequados à sua situação clínica, tanto a doentes em ambulatório como a doentes internados. Pelas razões referidas anteriormente e pelo facto de ser um serviço de referência na área de Lisboa ofereceu-me garantias de aprendizagem nesta área. Relativamente a este Ensino Clínico debruçar-me-ei no capítulo seguinte deste Relatório de Estágio.

Devido ao facto de este ter sido um Ensino Clínico de duração de 14 semanas considerei pertinente realizar uma breve caracterização do Serviço de Neurocirurgia do HA, para melhor enquadrar o “terreno” onde desenvolvi o meu trabalho, que passarei de seguida a descrever. A descrição mais detalhada e pormenorizada encontra-se em anexo (Apêndice III).

O serviço de neurocirurgia do HA dispõe de 15 camas de enfermaria distribuídas por cinco quartos de 3 camas, unidade de cuidados intermédios, com lotação de 4 camas e unidade de cuidados intensivos, também com lotação de 4 camas. Estas são duas unidades com autonomia e espaços separados contendo todas as estruturas de apoio e suporte funcional.

As pessoas internadas neste serviço apresentam um quadro singular de défices cognitivos e/ou motores que naturalmente irão definir as suas diferentes necessidades de cuidados de reabilitação. No entanto outras necessidades são identificadas, como por exemplo a prevenção de complicações da imobilidade. Desta forma é frequente os doentes apresentarem grandes limitações motoras, sensoriais, alterações do comportamento e alterações do estado de consciência, traduzindo-se

frequentemente numa grande necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação. Assim verifica-se que em qualquer uma das áreas do serviço, quer seja no internamento, na unidade de cuidados intensivos ou na unidade de cuidados intermédios, a intervenção específica dos EEER é crucial neste contexto.

No momento da entrada do doente e família ao serviço é realizada a colheita de dados e posteriormente são identificados os diagnósticos de enfermagem baseados na linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e planeadas as respetivas intervenções. Esta continuidade dos cuidados é realizada até à preparação para a alta sendo esta uma preocupação constante de todos os elementos da equipa, pelo que se trata de um processo que é iniciado logo desde o momento da admissão do doente no serviço. Muitas vezes os doentes com incapacidades motoras são encaminhados para centros de reabilitação, para a RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e com menor frequência para o domicílio, (com apoio domiciliário do Hospital ou do Centro de Saúde).

Na Enfermaria do serviço de Neurocirurgia prestam-se essencialmente cuidados de reabilitação dirigidos aos auto cuidados higiene, alimentar-se (abrange todas as refeições), uso do sanitário, vestir-se/despir-se, posicionar-se e transferir-se. O objetivo da Reabilitação é a promoção da autonomia e independência do doente/família nas suas atividades de vida diária e potencializar as capacidades, perante as dificuldades de situação de doença. O EEER deverá incluir o auto-cuidado no plano de cuidados o mais precocemente possível.

A minha integração no serviço foi realizada de forma gradual e progressiva. Salienta-se o facto de a equipa de enfermagem estar bastante habituada a receber alunos, quer da licenciatura, quer da especialidade, o que facilitou a minha relação com a maioria dos elementos. A confiança em mim “depositada” foi aumentando gradualmente bem como a articulação dos cuidados.

Irei de seguida abordar especificamente cada um dos objetivos por mim delineados e respetivas atividades e aprendizagens por mim realizadas tendo em conta os doentes que tive oportunidade de acompanhar com HSA por rutura de aneurisma.

De realçar que não tive oportunidade de intervir nem de acompanhar nenhum doente na fase inicial de rutura de aneurisma, antes da sua resolução cirúrgica ou endovascular. Por outro lado tive a possibilidade de acompanhar de forma efetiva e gradual dois doentes com HSA por rutura de aneurisma na fase pós resolução do mesmo, sendo que um deles ainda tive oportunidade de trabalhar nos Cuidados Intensivos, nos Cuidados Intermédios e na Enfermaria até ao acompanhamento que fiz pessoalmente para um Centro de Medicina Física e de Reabilitação, no âmbito de uma consulta de admissão no mesmo. Já a outra doente, trabalhei com ela desde o 1º dia de estágio até ao último dia do mesmo, mas sempre a nível da Enfermaria. Desta forma as atividades por mim descritas de seguida reportam-se maioritariamente a estes dois doentes, sendo que no entanto, e para poder adquirir todas as competências inerentes ao EER, algumas delas referem-se a outros doentes.

No decorrer deste EC foi utilizada a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem para orientar a minha prática de cuidados junto da pessoa com HSA por rutura de aneurisma bem como aos seus familiares e/ou cuidadores. Esta teoria forneceu-me sustentação para a atuação frente à nova condição de vida destes indivíduos, proporcionando o reconhecimento de défices de autocuidado e o estabelecimento de sistemas de Enfermagem que orientaram a minha prestação de cuidados.

Em relação à prossecução do objetivo a) Aprofundar conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação na pessoa com HSA por rutura de aneurisma, o mesmo foi sendo trabalhado desde o momento da idealização do projeto até ao desenvolvimento do próprio EC. Aprofundei e mobilizei os conhecimentos teóricos e práticos das várias unidades curriculares, sendo necessário uma constante pesquisa

e atualização dos mesmos para dar resposta as dúvidas, exigências e também às necessidades dos doentes e seus familiares. Tendo como pressuposto inicial o capítulo anterior deste relatório (Reabilitação da pessoa com HSA), pude verificar que a HSA por rutura de aneurisma é uma patologia caracterizada por mortalidade e morbidade neurológica importante. Toda a conduta do EEER deverá ser orientada tendo como base a pessoa que se apresenta á nossa frente, podendo a ação do EEER ser adjuvada pelos exames complementares disponíveis.

Atualmente as técnicas de maior utilidade na investigação do AVC, segundo Trindade et al (1986), são a Tomografia Computarizada (TC), a Ressonância Nuclear magnética (RNM), a Angiografia Cerebral, a Angiografia de Subtração Digital, a Tomografia de Emissão de positrões, a Punção Lombar e a Electroencefalografia, não esquecendo nunca de que estamos perante uma pessoa. O principal tratamento é a exclusão do aneurisma o mais rápido possível (Hedlund et al., 2006), feito através de cirurgia aberta com a clipagem do aneurisma através de uma craniotomia ou com a ajuda de aparelhos endovasculares (van der schaaf et al. 2005). Os cuidados à pessoa com HSA por rutura de aneurisma devem-se centrar na estabilização do doente e na prevenção do risco de recorrência de hemorragia. Assim, deve-se manter o doente em quarto isolado, livre de estímulos, evitando luz intensa; manter o repouso na cama, com a cabeceira elevada a 30°; restringir as visitas á família mais próxima ou pessoas significativas, por curtos períodos; Incentivar atividades tranquilas e repousantes; utilizar emolientes de fezes para impedir o esforço ao evacuar; não permitir contrações isométricas; não permitir manobras de valsava e evitar o uso de imobilizações; administrar analgesia preventiva de cefaleias; monitorizar o doente adequadamente quer a nível hemodinâmico quer a possíveis alterações do estado de consciência (Phipps, et al, 2003); também deve ser monitorizado um balanço hídrico rigoroso e efetuar reforço hídrico de forma a evitar balanços negativos, que podem agravar/potenciar o vasoespasma.

O acompanhamento da pessoa com HSA por rutura de aneurisma por parte de um EEER torna-se fundamental por duas razões. Primeiro poderá realizar uma

correta avaliação neurológica de modo a poder identificar as funções alteradas na pessoa nomeadamente a nível da mobilidade, motricidade facial, linguagem, cognição, deglutição, padrão intestinal e vesical, integridade cutânea, sexualidade e humor. Segundo realiza intervenções específicas e adequada a cada uma das funções que a pessoa apresenta, baseado nos seus conhecimentos científicos.

A importância deste acompanhamento por parte do EEER na pessoa com HSA por rutura de aneurisma encontra-se descrita numa ação de formação em serviço por mim realizada e apresentada no dia 11 de Dezembro de 2012 com o título “Hemorragia Sub-aracnóideia por rutura de aneurisma: Visão da Enfermagem de Reabilitação”, onde abordei a definição e classificação da HSA e do AVC, a avaliação da pessoa com HSA, as funções alteradas na pessoa com HSA e as Intervenções do EEER (Apêndice IV). Esta ação permitiu-me desenvolver outras competências gerais como EEER nomeadamente ao responsabilizar-me por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na minha área específica da especialidade, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento da mesma área de especialidade.

Relativamente ao objetivo b) Identificar as necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, considerando a complexidade e singularidade da pessoa enquanto ser único, procurei obter informações sobre as pessoas que estivessem afetadas com HSA ao mesmo tempo que me ia familiarizando com os protocolos/normas do serviço, dinâmicas, constituição do processo clínico, instrumentos de registo, escalas utilizadas, realização de registos de enfermagem (e de forma mais específica os relacionados com as intervenções de enfermagem de reabilitação) no SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) e SAM (Sistema de Apoio Médico), articulação entre o EEER e os restantes membros da equipa, circuito de atendimento do utente/família e articulação de cuidados com outros serviços e comunidade.

A Identificação das necessidades específicas da pessoa/família com HSA por rutura de aneurisma em cuidados de Enfermagem de Reabilitação tinha início logo na passagem de turno. No turno da manhã habitualmente estão presentes 2 EEER e no turno da tarde apenas um. Distribuem-se um pela enfermaria e pelas unidades de acordo com as necessidades identificadas. Estes têm apenas os cuidados de Enfermagem de Reabilitação a seu cargo, não tendo doentes atribuídos, gerindo de forma autónoma os cuidados a prestar. Durante a passagem de turno os doentes que necessitam de intervenções do EEER são identificados e é colocado no quadro, na sala de trabalho uma referência junto ao nome do doente, para que a equipa tenha conhecimento do acompanhamento que está a ser efetuado.

Nos primeiros turnos esta seleção foi feita pela minha Enfermeira Orientadora e rapidamente ao final de poucos turnos esta seleção foi feita em conjunto comigo, de forma a treinarmos a identificação de necessidades deste tipo de doentes e estabelecimento das prioridades. No final da passagem de turno algumas dúvidas sobre o estado dos doentes foram esclarecidas com os colegas e através do processo informatizado eram visualizados os exames complementares tais como Ressonância Nuclear Magnética (RNM), Radiografia (RX) Torácica, TC (Tomografia Axial Computarizada) Torácica, e TC Cranioencefálica, bem como informações médicas e relatórios dos exames complementares para um conhecimento mais pormenorizado dos doentes.

A tendência natural do Ser Humano é a de ter em atenção os problemas visíveis que são usualmente os do foro físico, quando na verdade o indivíduo que sofreu um AVC debate-se com problemas mais complexos e, por vezes, deixa-se de reconhecer os problemas levando à frustração e desapontamento de quem cuida e de quem é cuidado; neste sentido o sucesso de um bom programa de reabilitação depende de uma adequada identificação dos problemas e da seleção das melhores alternativas para superar as dificuldades que as pessoas sentem (Davies, 1996), e só após uma avaliação e identificação dos problemas da pessoa com AVC, é possível intervir a nível da Reabilitação.

Após um AVC dever-se-á efetuar uma avaliação criteriosa sobre diferentes domínios tais como o estado consciência, as funções mentais, o humor, a linguagem, a sensibilidade, a função motora, o equilíbrio e a coordenação. Desta forma deve considerar-se que a ocorrência de uma lesão no SNC, seja em que local for, não perturba apenas as funções inerentes à área afetada, mas que todo o SNC é lesado devido à perda de comunicação sendo privado do *input* a partir dessa área lesada, ficando ainda sujeito a mensagens e informações erradas ou anormais resultantes dessa lesão.

A avaliação do estado de consciência identifica-nos o grau da gravidade inicial da lesão cerebral e estabelece-nos um prognóstico. A escala mais utilizada para tal avaliação é a escala de Glasgow, sendo ela própria uma escala quantitativa que mede a reação motora à dor bem como, respostas verbais a estímulos auditivos ou visuais. Apesar de esta escala ser utilizada fundamentalmente na pessoa com Traumatismo Craneo-encefálico (TCE), o seu uso generalizou-se na área das neurociências devido à sua fácil aplicação. Esta escala foi desenvolvida por Teasdale e Jennet em 1974, na revista Lancet, como uma forma de se avaliar a profundidade e duração clínica de inconsciência e coma. Todavia é restrita no seu âmbito pois não contabiliza défices de comunicação e não permite uma avaliação qualitativa. A capacidade da pessoa para nos descrever a sintomatologia pode dar algumas indicações sobre a memória, a orientação temporo-espacial, as competências emocionais e afetivas, sendo possível ainda a avaliação destas últimas, pela forma como expressa ideias ou julgamentos. Tive oportunidade de aplicar esta escala ao longo do EC realizado no HA, nomeadamente na doente X que acompanhei por um período de tempo prolongado e constatei a sua melhoria do estado de consciência gradual refletida na tradução qualitativa da mesma escala. Esta constante avaliação enriqueceu a minha aprendizagem pois ao permitir-me estar mais desperto para pequenas alterações do estado de consciência dos doentes que se poderiam refletir em avanços ou recuos significativos do processo de reabilitação dos mesmos, teve interferência direta no meu processo de tomada de decisão sobre os cuidados a prestar.

A perda de controlo emocional com choro é relativamente frequente, embora o choro desapropriado ou descontrolado demonstre uma instabilidade emocional resultante da lesão cerebral que poderá ainda ser simplesmente, uma expressão de tristeza. Além destes sinais de instabilidade emocional podem ser observados outros, sobretudo o riso ou o medo desmedido. As afasias pós lesão cerebral podem manifestar-se sobre a forma de ausência de produção ou de compreensão da palavra falada, escrita, ou ainda de ambas. Segundo Martins (2006), nos primeiros dias pós lesão cerebral, os quadros afásicos são heterogéneos, existindo classificações para as afasias nessa fase. Esta autora alerta ainda para o fato das afasias se associarem com frequência, a outras síndromas do hemisfério esquerdo, especificamente a alexia, agrafia e apraxia, por isso a avaliação da linguagem deve igualmente contemplar uma avaliação da capacidade de leitura, escrita e execução e compreensão de gestos. Para uma melhor comunicação deve-se utilizar todos os recursos e forma de comunicação disponíveis. Assim procurei criar um ambiente calmo, dando tempo à pessoa para responder às minhas perguntas, mostrando-me compreensivo relativamente aos esforços da mesma e utilizando quadros e livros para otimizar a comunicação.

Realizei a pesquisa de défices visuais, de sinais pupilares, de movimentos oculares, de sensibilidade e mímica facial, de défices auditivos e função labiríntica, assim como capacidade de deglutição, pois toda esta pesquisa reveste-se de grande importância para o planeamento de um programa de reabilitação. Os défices sensitivos ao serem identificados devem igualmente ser comparados entre os dois lados do corpo, numa perspetiva qualitativa e quantitativa. A importância destes fenómenos relaciona-se com a interdependência da sensibilidade e da motricidade, em que a sensibilidade tem a potencialidade de modificar o movimento em curso pelo mecanismo de *feedback*. Porém, a sensibilidade não é um pré-requisito absoluto para o movimento, este pode ser apreendido na sua ausência de acordo com as teorias da neuroplasticidade do SNC (Davies, 1996).

A motricidade tem uma grande dimensão no Homem logo, a avaliação sistemática das capacidades motoras do indivíduo é essencial e por isso deve incluir

de acordo com Ryerson (2004), uma análise do movimento ativo, isto é, avaliar a relação entre a habilidade postural (retificação, equilíbrio e proteção) e as atividades seletivas do movimento. A avaliação dos mecanismos posturais deve similarmente incluir uma análise do tónus, pois os indivíduos com lesões cerebrais apresentam normalmente alterações do tónus muscular. Desta forma realizei a avaliação da força muscular em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, iniciando dos segmentos distais para os proximais bilateralmente.

Todos estes indicadores referidos anteriormente são importantes no levantamento das necessidades específicas de intervenção do EEER, mas o que nos encaminha para a nossa atuação é a pessoa que temos à nossa frente com a sua singularidade própria, não esquecendo a clínica específica da zona cerebral afetada pela HSA por rutura de aneurisma. Apenas para referir alguns exemplos e segundo Sá (2009, p.178-179), se houver rutura da Artéria Cerebral Anterior o doente poderá apresentar paresia do membro inferior contralateral, de predomínio distal, perda sensitiva do membro inferior contralateral, incontinência urinária, reflexos primitivos, entre outros. Se por outro lado, a artéria afetada for a Artéria Cerebral Posterior, o doente apresentará hemianopsia homónima contralateral, cegueira cortical (se bilateral), amnésia (se bilateral), entre outras e apenas a título exemplificativo. Desta forma, torna-se fundamental que o EEER faça esta avaliação neurológica inicial logo no primeiro contato com estes doentes de modo a poder identificar os défices presentes. Assim, e segundo Charles (1999), poder-se-á avaliar os movimentos espontâneos e coordenação (assimetrias mais impercetíveis podem ser detetadas; ataxia sinaliza lesão primária de tronco ou cerebelo), a sensibilidade (distúrbios uni ou bilaterais; segmentos com alterações em lados opostos sinalizam lesão do tronco), movimentação da face e da língua (apraxia buco-linguo-facial; distúrbios da deglutição; parésia de hemilíngua ou palato podem acompanhar lesões hemisféricas), disfasia e disartria (não devem ser confundidas), parésia do olhar (para o lado afetado em lesões hemisféricas), nistagmo (unilateral ou vertical indica lesão do tronco cerebral) ou défice de campo visual. Após esta avaliação neurológica, o EEER poderá levantar adequadamente as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, específicas de cada pessoa que tem à sua frente. Se a pessoa com HSA por rutura de aneurisma se apresente na fase aguda a

atuação do EEER passa pela avaliação neurológica, mantendo a mesma em repouso absoluto e livre de estímulos. Na fase pós resolução aneurismática, inicia-se toda a estimulação sensorial e motora.

Procurei realizar um levantamento das necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação dos doentes que tive ao meu cuidado durante o EC, apresentando-se a apreciação que fiz do doente X como reflexo da continuidade do meu trabalho e que poderá ser consultado no Apêndice V. Nesta identificação de necessidades específicas por mim realizada tive oportunidade de aplicar diversos instrumentos, nomeadamente a avaliação do estado de consciência pela escala de Glasgow, a avaliação motora pela escala de avaliação de força de Lowler, a avaliação da espasticidade pela escala de Ashworth, a avaliação da sensibilidade, a avaliação respiratória, a avaliação da dor pela escala visual analógica da dor, a avaliação do risco de queda pela escala de Morse, a identificação de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão pela Escala de Norton, a avaliação do risco de úlceras de pressão pela Escala de Braden e a avaliação do grau de independência do autocuidado pela escala de Barthel. Sequeira (2010) refere que a avaliação funcional consiste numa das áreas de maior relevância na prestação de cuidados ao idoso dependente, pois “tem uma capacidade preditiva significativa, em termos de risco de institucionalização, deterioração física, necessidade de recursos de saúde e até mortalidade”, daí a pertinência conferida a um diagnóstico rigoroso, recorrendo a “instrumentos de medida devidamente estudados e validados para a população portuguesa” (2010, p.43).

Utilizei também a MIF (Medida de Independência Funcional) como escala de avaliação sendo este um instrumento de medida recentemente implementado no serviço. A importância da MIF e o seu correto preenchimento é um grande foco de atenção por parte dos EEER no serviço de Neurocirurgia pois fornece dados ao EEER que permitem avaliar a funcionalidade do doente e o seu potencial de Reabilitação. Permite reavaliações periódicas fazendo notar alterações observadas nos doentes e avaliar resultados decorrentes da intervenção da Enfermagem de Reabilitação. A classificação obtida pelo doente em cada uma das atividades em

termos de dependência ou independência baseia-se na necessidade ou não de ajuda de outra pessoa e em que proporção essa ajuda é necessária. A classificação vai de 1 a 7 sendo que 6 e 7 são correspondentes a um nível de independência e os restantes a uma dependência.

Esta avaliação inicial permitiu-me identificar de forma precisa as necessidades específicas da pessoa que tinha à minha frente, orientando-me para o plano de cuidados que realizei (Apêndice V). As mais-valias inerentes a este processo de aprendizagem por que passei passaram fundamentalmente por ter adquirido uma maior capacidade de estruturação e de organização dos meus cuidados, adequando a minha prestação de cuidados às verdadeiras necessidades dos doentes. Senti as dificuldades próprias de quem utiliza pela primeira vez Escalas que não estava habituado a manusear, processo este que foi sendo ultrapassado ao longo do Ensino Clínico. A utilização das várias escalas que utilizei poderiam tendencialmente “reduzir” o doente a diferentes “traduções numéricas” da sua condição enquanto ser humano, mas revelaram-se como ferramentas importantes numa primeira abordagem à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, permitindo-me ter um conhecimento concreto das suas necessidades específicas. Esta avaliação traduziu-se também num processo de tomada de decisão englobada na minha estratégia de identificação de necessidade de auto-cuidado na pessoa com HSA por rutura de aneurisma. Segundo Orem, 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 défice de auto-cuidado é um conceito abstrato que, quando expresso em termos de limitações de ação, fornece orientações para a seleção de métodos de auxílio e compreensão do papel do doente no autocuidado.

Tendo em vista o desenvolvimento do objetivo c) Planear cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, considerando todos os recursos existentes, procurei desde o início orientar as minhas atividades. Antes de iniciar a prestação de cuidados, e juntamente com a minha Enfermeira Orientadora era feito o

planeamento e gestão das intervenções a realizar. No contacto com os doentes foi necessário diversas vezes alterar o plano de trabalho e plano de cuidados. São doentes que apresentam alguma instabilidade, estão sujeitos a inúmeros exames, avaliações e intervenções de outros técnicos. Tornou-se por isso uma base de treino para o planeamento e adaptação constante de atividades com uma necessidade persistente de articulação com os vários profissionais principalmente enfermeiros, assistentes operacionais e fisioterapeutas. Posteriormente à recolha de informações e durante o turno era feita a articulação principalmente com os enfermeiros responsáveis pelos cuidados gerais aos doentes identificados, a fim de otimizar, gerir e promover a continuidade de cuidados através da partilha de informações/resultados e participação nos cuidados gerais ao doente/família.

Desta forma procurei elaborar os respetivos planos de cuidados dos doentes que acompanhava assente numa criteriosa avaliação e planeamento dos cuidados de reabilitação, bem como na identificação dos défices de auto-cuidado. Conforme no diz Silva “ a prestação de cuidados qualificados exige planeamento e coordenação”, em que a realização de planos de cuidados escritos e aplicados de forma adequada “promovem a continuidade de cuidado (...) constituindo um meio de avaliação”. A sensibilização dos enfermeiros relativamente à elaboração de registos com qualidade torna-se fundamental, visando “a afirmação da enfermagem como ciência” (2010, p.22). Pude assim ir atualizando e aferindo as minhas atividades de acordo com a avaliação diária do respetivo plano de cuidados tornando-se este um meio fundamental para guiar as minhas intervenções. Em anexo poder-se-á consultar o respetivo plano de cuidados que tive oportunidade de realizar com a doente que acompanhei durante todo o estágio (Apêndice V). A atualização do seu plano de cuidados permitiu-me constatar a importância de uma prestação de cuidados corretamente planificada e implementada. Tornou-se significativo na minha aprendizagem perceber que discretos ganhos diários em relação à autonomia dos doentes na realização das suas atividades de vida diária se transformam em “alavancas” motivacionais de extrema importância: quer por parte dos doentes que se consciencializam das suas melhoras, quer por parte de nós, profissionais de Enfermagem de Reabilitação que poderemos utilizar estes mesmos ganhos como fortes estímulos para os próprios doentes.

Procurarei por último, descrever as atividades por mim desenvolvidas de forma a atingir o objetivo d) Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados, à pessoa com HSA por rutura de aneurisma. Os primeiros turnos serviram para ambientação ao espaço e às pessoas, para compreender o papel do EER no serviço e inicialmente prestar cuidados de enfermagem de reabilitação com a minha Enfermeira Orientadora, observando-a e realizando cuidados sob a sua supervisão, num processo contínuo e progressivo. Ao longo do EC foi-me sendo dada mais autonomia tendo demonstrando uma maior capacidade de avaliação, planeamento e execução das intervenções.

Durante o EC houve varias situações de ensino, instrução e treino a doentes e familiares, na área do auto-cuidado. Foram transmitidos conhecimentos sobre os autocuidados: Higiene (na cama e no WC- cadeira higiénica); Vestir/Despir; Uso do Sanitário, incluindo técnicas de esvaziamento; Transferência; Deambular; bem como a sua instrução e treino. Na perspetiva de Branco e Santos (2010) as limitações físicas e cognitivas das pessoas que sofreram AVC estão na origem da dependência na realização das AVD, nomeadamente Vestir/Despir e Higiene. Para os mesmos autores “a ênfase da reabilitação está voltada para a restauração da independência do doente (...) assim o campo de atuação da reabilitação é tornar a habilitar, é aproveitar a capacidade máxima de funções” permitindo a adaptação deste “à vida de relação com o meio” (2010, p.76). O uso de equipamentos adaptativos e estratégias adaptativas esteve sempre presente na minha abordagem do doente, pois segundo Menoita (2012), as ajudas técnicas ou produtos de apoio são meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma atividade mais independente, com maior comodidade, com menor esforço e dor, com o menor dispêndio de energia e maior comodidade.

Tendo como referência a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, constatei que após uma sistemática orientação relativamente ao autocuidado realizado à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, esta apresentava uma diminuição do défice de autocuidado e, conseqüentemente, aumento da capacidade para o

autocuidado à saúde. A promoção e orientação do autocuidado por parte daqueles que exercem o papel de cuidador conduziram a uma evolução positiva da pessoa com HSA por rutura de aneurisma e à própria satisfação dos seus familiares que em alguns momentos participaram com agentes de autocuidado dependente. O referencial teórico de Orem serviu-me de instrumento para o reconhecimento dos défices do autocuidado relativos à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, viabilizando a elaboração adequada do meu próprio planeamento de atividades de ER para a provisão de tais cuidados. Nas diversas situações, este trabalho teve resultados visíveis, sendo gratificante para o doente, prestador de cuidados e para mim aluno.

Todos os enfermeiros do serviço do serviço contribuem para o processo de reabilitação dos doentes, 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. O papel pedagógico do enfermeiro é fundamental pois o ensino e treino das atividades da vida diária ao doente/ família/ prestador de cuidados permite minimizar e, até mesmo superar, os medos e ansiedades inerentes à sua nova condição de vida.

De realçar que o serviço de Neurocirurgia está dotado de inúmeros recursos para poder ir de encontro às necessidades dos doentes. Dispõe de cadeiras sanitárias para banho no chuveiro, essencial para doentes que consigam manter postura sentados (promovendo a autonomia nos cuidados de higiene); de maca banheira para proporcionar aos doentes que devem permanecer deitados no leito por tempo prolongado, um banho mais confortável e; assim como inúmeras almofadas de posicionamento, de vários tamanhos. Dispõe ainda de tábua de transferência, “easy-slide”, elevador elétrico para transferência de doentes, cadeiras de rodas normais ou com espaldar alto, nebulizador de atmosfera húmida, tala insuflável para membro superior e inferior e “Bladder Scan”.

Durante o Ensino Clínico tive a oportunidade de elaborar registos informatizados. A evolução da enfermagem enquanto ciência levou ao desenvolvimento de uma linguagem específica, a CIPE, que tem progressivamente vindo a ser adaptada ao contexto real de cada serviço institucional de saúde. A CIPE constitui “uma classificação de fenómenos de enfermagem, ações e resultados, fornecendo uma terminologia para a prática de enfermagem que pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar de modo a permitir comparar dados de enfermagem.” (CIPE Beta2, 2001, p.13). Desta forma, a CIPE fundamentou a criação do aplicativo informático SAPE que foi devidamente adaptado à área da Reabilitação, no serviço de Neurocirurgia, pelos EEER, há cerca de quatro anos. Este foi um aspeto bastante positivo, pois constatei que os registos de Enfermagem de Reabilitação estão devidamente organizados, dando visibilidade à efetiva prestação de cuidados de reabilitação realizada, onde se inclui a intervenção educacional dos enfermeiros ao doente internado e respetiva família. Apesar de já utilizar este sistema de registo nos serviços onde trabalho e não sentir dificuldades na utilização do mesmo, esta experiência foi uma mais-valia para um melhoramento dos registos na área de intervenção da Enfermagem de Reabilitação, no serviço onde trabalho.

Durante o Ensino Clínico inúmeros foram os doentes que passaram no serviço, com uma grande diversidade de doenças neurológicas e diferentes níveis de dependência, que proporcionaram formas de trabalhar diferentes, sendo necessário mobilizar todos os conhecimentos teóricos e práticos apreendidos nas aulas teórico praticas deste Mestrado. Todas as técnicas ensinadas e treinadas em sala de aula foram utilizadas e de certa forma aperfeiçoadas. O exame neurológico era sistematicamente realizado pelos EEER dadas as características dos doentes internados no serviço, com o intuito de comparar sua evolução neurológica no decorrer do internamento ou despistar eventuais alterações.

Relativamente às intervenções específicas da enfermagem de reabilitação aplicadas à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, estas foram planeadas e

adaptadas de acordo com a situação de dependência, capacidade de colaboração e potencial de reabilitação, tendo por base a Teoria do déficit do auto-cuidado de Orem. A pessoa com HSA por rutura de aneurisma apresenta limitação de autocuidado necessitando de cuidados de enfermagem reconhecidos como um conjunto de ações deliberadas com o foco nas necessidades e ações dos mesmos. De acordo com os défices de autocuidado identificados foram mobilizados os sistemas de enfermagem conforme o grau de dependência da pessoa. Assim, utilizei o sistema totalmente compensatório, quando a pessoa com HSA por rutura de aneurisma se apresentava incapaz de se envolver nas ações de autocuidado, sendo todo o apoio prestado por mim. Apliquei o sistema parcialmente compensatório quando a mesma pessoa já era capaz de realizar algumas atividades, prestando eu apenas apoio suplementar naquelas que a pessoa não conseguia utilizar, verificando-se que tanto eu como a pessoa em causa desempenhámos 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. Usei o sistema de apoio e educação providenciando orientação e assistência no sentido de cooperar face às limitações, no sentido de ser capaz de aprender e realizar ações de autocuidado terapêutico.

Em relação aos posicionamentos, o mecanismo defensivo de posição desconfortável tende a desaparecer num indivíduo com alteração da sensibilidade, alteração da consciência e imobilidade imposta por doença, ocorrendo geralmente perdas na capacidade de alinhamento corporal. A manutenção da postura anatómica proporciona melhor “interconexão entre os diversos grupos de músculos do corpo”, permitindo a realização adequada e sem esforços de “movimentos voluntários e seletivos” (Ryerson, 2004). Uma das consequências da manutenção de postura inadequada é a dor, geralmente causada pelo “desequilíbrio de músculos, padrões de movimentos e suporte de peso inadequados” (Ryerson, 2004), além de disfunções articulares decorrentes do mau posicionamento. Assim, os posicionamentos têm como objetivos colocar o indivíduo numa posição segura com alinhamento corporal correto de forma a prevenir os inconvenientes da imobilidade.

Relativamente a este aspeto, o serviço de Neurocirurgia dispõe de almofadas em número, qualidade e tipo suficientes para executar de forma correta o posicionamento. Dispõe ainda de colchão anti-escara para todos os doentes e de pressão alternada para alguns. Foi possível realizar posicionamentos adequados às necessidades da pessoa tendo em conta o conforto, a quantidade de movimento espontâneo, os edemas, a integridade da pele, as perdas sensoriais e o estado físico e mental do doente, ajustando assim a frequência de alternância de posição.

Realizei mobilizações passivas e ativas assistidas e/ou resistidas a todos os meus doentes, pois segundo Jonhstone (1987) “os exercícios de mobilização na pessoa com AVC são bastante importantes, pois permitem readquirir o esquema corporal, exercitar mecanismos de reflexo postural, estimular a sensibilidade propriocetiva, melhorar o equilíbrio, inibir a espasticidade, facilitar as atividades na cama, preparar a pessoa para a posição de sentada e ortostática”. Tive sempre em conta na minha prática os princípios inerentes a esta atividade que são: o conhecimento da situação clínica; manutenção do relaxamento; não ultrapassar o limiar de dor; respeitar a amplitude articular e mobilizar do sentido proximal para o distal. Em situações de risco de espasticidade ou em que esta já está instalada o sentido é o contrário. Nestas situações pretende-se retardar o aparecimento da espasticidade, promover o retorno da sensibilidade, recuperando o mecanismo de reflexo postural. Procurei adequar as mobilizações por mim realizadas tendo em conta cada doente que tinha à minha frente com as suas especificidades próprias, limitações cognitivas e/ou motoras e grau de colaboração.

A estimulação sensorial e propriocetiva é habitualmente associada às mobilizações, não só em situações de negligência unilateral, bem como em situações de paraparésias e paraplegias, e mesmo em situações de coma, ou alterações neurológicas importantes. Refere Menoita que a conceção do treino da estimulação sensorial está alicerçada no princípio da plasticidade neuronal. A estimulação sensorial será afetada através da criação de estímulos frequentes de modo a que cheguem ao cérebro em grande quantidade. Essas informações

posteriormente serão descodificadas de modo a que a pessoa, se possível, reaprenda as funções perdidas ou “esquecidas” (2012, p. 85).

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.

De acordo com Bobath (1990), Johstone (1987) e a OMS (2003), citados por Menoita, o progresso da Reabilitação da pessoa com AVC é, em geral, obtido através da sequência de exercícios progressivos que seguem o padrão de desenvolvimento motor adquirido pelos bebês, como sejam o rolar, sentar, ficar na posição ortostática e marcha (2012, p.100). Desta forma realizei as atividades terapêuticas rolar, a ponte, a rotação controlada da anca, a automobilização, a carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio, levante, transferências e treino de marcha controlada. Relativamente ao rolar, Menoita refere que este, adequadamente controlado, ajuda a tomar consciência de ambos os hemisférios, a inibir a espasticidade e a iniciar movimentos ativos dos membros (2012, p.100).

Incentivei os doentes a realizar a ponte, pois esta atividade terapêutica tem um papel importante no treino da pessoa para passar à posição de sentada e ortostática, devendo ser iniciado precocemente e podendo ser realizado na colocação da arrastadeira (Menoita, 2012). A rotação controlada da anca é importante para o controle precoce desta articulação, preparando a pessoa para o levante. A automobilização foi bastante incentivada por ser um exercício bilateral e que pode ser realizado pela própria pessoa, assim como a carga no cotovelo.

Tive oportunidade de realizar o treino de equilíbrio estático e dinâmico, tendo este sido executado à maioria dos doentes durante o processo de transferência.

Realizei treino de equilíbrio estático e dinâmico com o doente sentado e em pé. Este treino permite: readquirir o equilíbrio, despertar o mecanismo de reflexo postural; melhorar a postura e imagem corporal; estimular a sensibilidade proprioceptiva; evitar quedas; reabilitar o lado lesado (em situações de hemiparesia ou hemiplegia); estabilidade completa no sentar; preparar para a transferência e preparar para o auto cuidado. Em alguns indivíduos acometidos por AVC podem ocorrer distúrbios no equilíbrio, associados à flacidez, espasticidade ou ao comprometimento de região cerebral relacionada à coordenação motora (André, 2006).

Realizei também atividades terapêuticas em cadeira de rodas, tais como treino de equilíbrio, flexão do tronco, exercícios de transferência de peso, inclinação lateral do tronco, exercícios *push-up*, exercício do avião e cruzar e descruzar as pernas. Realizei também exercícios de equilíbrio e fortalecimento dos músculos abdominais e auto mobilizações, como exemplo sentar na cama com ajuda de lençol, virar utilizando as grades ou os membros com força mantida, elevação do membro com mobilidade diminuída com o de força mantida, entre outros. Fiz levante e transferências da cama para a cadeira e vice-versa.

A mudança da cama para a cadeira é importante pela estimulação física e mental do doente. Trás benefícios a nível respiratório, dando ao doente uma visão diferente sobre as coisas que o rodeiam, colocando-o numa posição mais funcional para se alimentar e comunicar com os outros. O serviço de Neurocirurgia dispõe de elevador elétrico para levante do leito em caso de não haver qualquer tipo de colaboração do doente, de meias anti-embólicas para favorecer o retorno venoso em doentes com imobilidade prolongada assim como de cadeirões e cadeiras de rodas várias. Realizei alguns levantes com elevador elétrico durante o estágio, mas o maior número de levantes que realizei foi recorrendo às capacidades do doente na colaboração para o levante. Recorri também a ajudas como a tábua de transferência, ao apoio do membro sã e aos recursos das camas de que o serviço dispõe que baixam até ao ponto de tocar com os pés no chão em posição sentado à beira da cama.

Relativamente ao treino de marcha permite readquirir o padrão automático perdido, e foi realizado algumas vezes, com auxílio de andarilho. É um treino muitas vezes realizado pelos fisioterapeutas e pelos EEER, havendo uma continuidade de cuidados e partilha de informação. Apliquei técnicas de correção postural com o uso do espelho quadriculado, nomeadamente após o levantar do doente e mesmo na posição sentado, no sentido da consciencialização do defeito e da prevenção da sua irreversibilidade.

Dos 2 doentes com HSA por rutura de aneurisma que acompanhei, apenas num deles e já nos últimos dias do seu internamento tive oportunidade de realizar treino de marcha controlada. Alterações nos padrões de marcha são frequentes em indivíduos com algum tipo de sequela motora nos membros inferiores. Podem ocorrer alterações no “tempo da passada, ciclo das passadas, comprimento e largura do passo” (Ryerson, 2004), oriundas da perda ou diminuição do controle motor da musculatura dos membros inferiores. Aqui foi utilizado o sistema de apoio-educação de Orem para realizar orientações acerca da forma com que os indivíduos deveriam conduzir a marcha.

Pude aplicar técnicas de facilitação da comunicação nos casos em que se constataram alterações da comunicação, sendo esta uma situação muito presente no serviço e principalmente na Unidade de Cuidados Intensivos, pela facto de muitos doentes estarem ventilados, traqueostomizados e com lesões neurológicas associadas. Foi possível intervir na otimização da comunicação de forma ajustada às limitações encontradas. Foram utilizadas a combinação das palavras com gestos, escrita, expressão facial, assegurando sempre a compreensão do doente. Foi possível perante uma doente com alterações da comunicação, vítima de um tumor cerebral, fazer uma avaliação mais pormenorizada. Identifiquei as alterações e apliquei medidas para reeducar a musculatura facial através de exercícios isométricos, pedindo ao mesmo para repetir os movimentos solicitados na avaliação.

Tendo em vista a pessoa com HSA por rutura de aneurisma como um todo, passarei de seguida a descrever as atividades por mim desenvolvidas tendo em vista a sua vertente da reabilitação respiratória. Assim aquando da avaliação da mesma recorri à anamnese, exame físico através da observação, palpação, auscultação pulmonar e análise dos exames radiológicos.

A avaliação era validada pela Enfermeira Orientadora, bem como através de consulta de registos no SAPE e no SAM, tendo sido possível realizar: A avaliação e descrição das características do padrão respiratório dos doentes e identificar as alterações do mesmo; A avaliação das características dos sons respiratórios relacionando com as alterações/patologias respiratórias; A identificação das alterações pulmonares a nível radiológico; Executar e/ou ensinar, instruir e treinar o doente/ prestador de cuidados sobre técnicas de posicionamento, relaxamento e controle de respiração, exercícios respiratórios seletivos e globais, técnicas de limpeza das vias aéreas, vigilância das características da expetoração e utilização de manobras acessórias para mobilização de secreções (vibrações, compressões e percussões no tórax) recorrendo a drenagem postural modificada.

Durante as várias semanas de estágio foram intervenções executadas com muita frequência e as técnicas devidamente treinadas, tendo adquirido progressivamente destreza e capacidade de adaptação às particularidades das situações surgidas.

Por fim tive oportunidade de, numa lógica de continuidade de cuidados, acompanhar o processo de alta/transferência para outras instituições e/ou domicílio. Esta é uma atividade da responsabilidade de toda a equipa, no entanto cabe muitas vezes aos enfermeiros e especialmente aos EEER dar início ao processo. Segundo Marcon et al (2002), as atividades prestadas pela Enfermagem não devem visar unicamente o individuo, mas todo o seu lócus familiar e meio onde vive. Oferecer apoio, esclarecimentos sobre o estado de saúde do individuo, 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.

Assim com base no potencial de reabilitação, contexto familiar, económico e social do doente, é feito o encaminhamento para unidades de reabilitação, bem como para o domicílio ou RNCCI. O encaminhamento é precedido pelo preenchimento e registo dos cuidados específicos que se pretendem dar continuidade. A assistente social, o médico responsável e fisiatra fazem o preenchimento do pedido caso não seja para domicílio. Neste caso é de inteira responsabilidade do enfermeiro. É feita a carta de alta através do sistema informático e enviada para os Centros de Saúde ou Instituição de Saúde. 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).

De modo a poder espelhar de forma concreta as atividades por mim desenvolvidas de forma a prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados à pessoa com HSA por rutura de aneurisma realizei um estudo de caso com a doente X em que se mostra a visibilidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação através dos ganhos visíveis em autonomia no próprio doente. Através dos diagnósticos inicialmente levantados em que se verificavam graus de dependência bastante elevados, constatei que através das respetivas intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas e descritas no mesmo, esses mesmos graus de dependência decresceram, tornando-se o doente mais independente nas suas AVD's. Este mesmo Estudo de Caso foi apresentado na última semana deste Ensino Clínico, tendo-se revelado um momento de análise e de reflexão para toda a equipa de Enfermagem do serviço, resultando num excelente processo de avaliação dos cuidados realizados. O mesmo encontra-se em anexo (Apêndice VI).

Ainda no decurso deste Ensino Clínico, tive oportunidade de assistir às I Jornadas de Traumatologia do Hospital de São José realizadas nos dias 8 e 9 de Novembro de 2012 cujas temáticas abordavam a Enfermagem de Reabilitação nas mais diferentes vertentes. O certificado de presença encontra-se em apêndice (Apêndice VII), assim como uma reflexão por mim realizada sobre os assuntos abordados nas mesmas (Apêndice VIII).

3. O PROCESSO DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA ENQUANTO PROCESSO COMPLEMENTAR DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A pessoa com HSA por rutura de aneurisma pela complexidade de cuidados especializados que acarreta necessitará de permanecer nos 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 reabilitação destes doentes, relacionado quase sempre com as limitações motoras que apresentam.

Neste contexto Martins (2006) refere que um programa de reabilitação com o seu início 48 a 72 horas após a instalação da doença é imprescindível tendo em vista a prevenção de complicações respiratórias, com realização de RFR, aspiração de secreções quando necessário, mobilização essencialmente do membro com plegia, treino de equilíbrio e da alimentação. Menoita associa a disfagia a algumas complicações tais como “o aumento de secreções orais que conduzem à obstrução das vias respiratórias e à pneumonia de aspiração” (2012, p.150).

Tendo em vista uma interiorização da patologia respiratória como comorbilidade decorrente da HSA por rutura de aneurisma 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 tornou-se indispensável, tendo-me assim sido proposta a realização de um Ensino Clínico com a duração de 5 semanas nesta vertente de cuidados. Desenvolvi as minhas atividades no serviço de Readaptação Funcional Respiratória do HA, referência nacional na área da Reabilitação Respiratória. Assim e paralelamente à minha intervenção na pessoa com HSA por rutura de aneurisma, prestei cuidados especializados a variados utentes com diferentes patologias, das quais se destacam a Asma, os Abscessos Pulmonares, as Bronquiectasias, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), o

Derrame Pleural, o Pneumotórax, as Neoplasias do pulmão, a Fibrose Pulmonar, a Fibrose Quística e as Pneumonias, tendo assim adquirido novos saberes nesta área tão específica.

A Reabilitação Respiratória contribui para prevenir e tratar vários aspetos das desordens respiratórias, tais como, obstrução do fluxo aéreo, retenção de secreção, alterações da função ventilatória, dispneia e melhorar a performance de exercícios (Cordeiro e Menoita, 2012).

Tendo em vista os objetivos da Reabilitação Respiratória que são: a) aliviar os sintomas, atenuando a deficiência; b) diminuir as limitações da atividade; c) promover a participação da pessoa na vida social, aumentando a sua qualidade de vida global, e os objetivos da RR a longo prazo que passam por manter estes benefícios e verificar se os mesmos se traduzem em: a) diminuição da utilização de recursos de saúde; b) prevenção de admissões hospitalares; c) diminuição do número de dias de internamento; d) aumento da capacidade de auto controlo da doença; e) redução da dependência dos serviços de saúde (Direção Geral de Saúde, 2009), procurei identificar os principais problemas, planear estratégias de intervenção de enfermagem reabilitação à pessoa com patologia respiratória e familiar/cuidador e implementar os respetivos planos de intervenção individualizados.

Tive oportunidade de acompanhar doentes tanto em regime de ambulatório como em regime de internamento revelando-se estes dois tipos de experiência bastante enriquecedor na minha aprendizagem. A nível do acompanhamento que realizei com utentes a nível ambulatório, tive oportunidade de identificar, planear, orientar e executar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa jovem, adulto e idoso com patologia do foro respiratório; realizar preparação pré e pós operatória de cirurgia torácica, cardíaca e abdominal; apoiar o utente, família e cuidador de modo a que consiga atingir o nível máximo de autonomia possível / capacidade funcional; Integrar a preparação para a alta em todo o processo de cuidados, ao

utente e cuidador, através de ensinamentos efetuados ao longo das sessões; Implementar programas de treino de exercício aos utentes com DPOC; avaliar os cuidados prestados, reformulando com a restante equipa multidisciplinar o plano de atuação para cada utente.

Todas estas atividades realizadas e descritas anteriormente permitiram-me aprofundar, consolidar e adquirir novos conhecimentos. Como resultado concreto em termos de aprendizagem, tive oportunidade de identificar os principais problemas, planejar estratégias de intervenção de reabilitação à pessoa com patologia respiratória e implementar os respetivos planos de intervenção individualizados.

Em relação ao acompanhamento que fiz ao utente internado, prestei cuidados de Enfermagem de Reabilitação a utentes em vários serviços do HB, quando solicitado pelo médico assistente do utente. Neste contexto tive oportunidade de identificar, planejar, orientar e executar cuidados de Enfermagem de Reabilitação na área da RFR e por vezes na área da RFM, à pessoa jovem, adulta e idosa; avaliar os cuidados prestados em conjunto com a enfermeira orientadora do serviço, reformulando o plano de atuação se necessário e encaminhando-o para o departamento de Reeducação Funcional Respiratória logo que possível; realização de registos, dando particular atenção à evolução do doente.

No desenvolvimento deste Ensino Clínico procurei realizar o exercício de ação-reflexão sobre a minha atuação neste mesmo serviço para desta forma, poder crescer enquanto profissional de Enfermagem cada vez mais diferenciado. Com o desenrolar do mesmo apercebi-me da importância atribuída ao Saber do EEER que desempenha funções no serviço de RFR do HA detém, quer ao nível dos diversos serviços, onde a sua opinião era bastante procurada pelas mais diferentes valências profissionais, quer ao nível do próprio serviço onde continuamente se desenvolvem estágios de alunos de Enfermagem de Reabilitação de Escolas Superiores de Enfermagem de todo o país, conferindo-lhe um carácter pedagógico extremamente importante. Penso ter sido bastante importante para o desenvolvimento das minhas

competências enquanto futuro EEER ter acompanhado estas duas tipologias de cuidados, pois permitiu-me incorporar as especificidades de ambas. Desenvolvi desta forma uma atuação mais “técnica” e “incisiva” pois não convivi diariamente com o paciente em causa nem o acompanhei nas Atividades de Vida Diária. No meu entender, este tipo de atuação diferenciada poderá ser considerado como uma mais-valia no caminho que se pretende cada vez mais enriquecedor do EEER pois permite-lhe abranger outros domínios normalmente ocupados por outras valências profissionais. Fazendo o exercício mental de cruzar a minha experiência hospitalar com as vivências adquiridas durante este estágio neste serviço específico, constato que este seria, sem dúvida, um modelo a ser seguido por outras Unidades Hospitalares pois a existência de uma Unidade de RFR com EEER confere o “*know-how*” técnico e científico necessário para intervenções adequadas no tratamento de doentes com patologias do foro respiratório. Apenas fiquei com algum receio, devido ao fato de cada vez haver um menor número de doentes a comparecer nas sessões de RFR devido a fatores económicos, de este serviço poder vir a médio prazo e na pior das hipóteses, extinguir-se. Enquanto tal não se verifica, considero este serviço como pioneiro na abordagem da pessoa com patologia respiratória e um campo imenso de atuação e de valorização do EEER.

Foi-me também proposta durante a realização deste Ensino Clínico a elaboração de um trabalho relativamente a uma das patologias mais frequentemente abordadas no serviço de RFR do HA, tendo sido escolhido o Pneumotórax com concordância das minhas orientadoras de Estágio e por conveniência das mesmas. O mesmo será para fazer parte de um pequeno manual para ser apresentado aos doentes que se desloquem ao mesmo serviço para usufruírem dos seus cuidados e encontra-se em apêndice (Apêndice VIII).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Ensinos Clínicos por mim realizados e a elaboração deste respetivo relatório permitiram-me a aquisição de competências em cuidados de reabilitação a pessoas com HSA por rutura de aneurisma, procurando através da descrição das atividades por mim desenvolvidas e fundamentadas teoricamente, aprofundar as aprendizagens realizadas. Paulo Freire (1985) referido por Alarcão (2001, p. 59) disse “ devemos adotar uma atitude critica, a da pessoa que questiona, que duvida, que investiga, que quer iluminar a vida que vivemos”. Desta forma trilhamos o nosso próprio caminho, produzindo e aplicando novos conhecimentos que vão enriquecer as práticas, contribuindo-se assim, para uma prestação de cuidados de reabilitação de qualidade, ajustados a cada pessoa.

Desenvolver competências no âmbito do cuidar em Enfermagem de Reabilitação requer dedicação e esforço. 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). Hesbeen (2003) acrescenta ainda que as recomendações e procedimentos realizados pelos Enfermeiros, apenas dizem respeito ao "corpo-objeto" e não à saúde do seu ser ou "corpo-sujeito". Desta forma, todo o Enfermeiro dever-se-á questionar sobre o que as recomendações e procedimentos representam para as pessoas (corpo-sujeito), ou seja, qual o sentido que têm na sua situação de vida.

Nesta perspetiva, o EEER tem um papel fundamental na reabilitação da pessoa com HSA por rutura de aneurisma inicialmente intervindo nas diferentes fases da patologia em si e, em seguida, ao mostrar as várias alternativas possíveis para que esta encontre de novo o seu projeto de vida, valorizando-a na sua

componente “corpo-sujeito” em detrimento do “corpo objeto”. Este Ensino Clínico desenvolvido sobre a pessoa com HSA por rutura de aneurisma constituiu um contributo importante no meu desenvolvimento profissional e pessoal, pois além da apropriação de conhecimentos de reabilitação, permitiu contextualiza-los e aplicá-los em situações específicas, nomeadamente e fundamentalmente, na minha prática profissional.

Na realização deste relatório fundamentei teoricamente a problemática da HSA por rutura de aneurisma, suas consequências aos vários níveis, assim como a intervenção do EER nesta situação.

Tendo em vista os objetivos por mim propostos e respetivas atividades desenvolvidas considero terem sido as mais adequadas e pertinentes, tendo no final da realização dos Ensinos Clínicos e no decorrer da realização deste Relatório de Estágio sentido uma verdadeira sensação de “dever cumprido” ao nível da minha entrega. Naturalmente muito ficou por fazer e muitas ações por refletir, analisar e integrar dando origem a uma constante necessidade de novas e profundas aprendizagens.

Relativamente ao meu objetivo geral, desenvolvi competências de Enfermagem de Reabilitação no cuidado à pessoa com HSA por rutura de aneurisma nas suas diferentes fases, tendo adaptado a minha conduta conforme as necessidades específicas da pessoa que tinha à minha frente. A Enfermagem de Reabilitação pode-se iniciar tanto na fase aguda como na fase pós tratamento do aneurisma, tendo-se sempre em atenção que na fase aguda (antes da resolução do aneurisma) deve-se respeitar o repouso absoluto e providenciar um ambiente livre de estímulos (normalmente providenciando um quarto isolado e restringindo as visitas). Em ambas as fases a vigilância neurológica e hemodinâmica é fundamental. Assim sendo, considero ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente.

Tendo como referência a teoria de Orem, esta possibilita à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, sua família e comunidade tomar iniciativa, assumir

responsabilidades, assim como empenhar-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 enfermagem. A enfermagem é exigida 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.

Considerarei como aspetos facilitadores da minha aprendizagem a escolha dos locais de Ensino Clínico, pois os Enfermeiros de Reabilitação que me acompanharam foram a todos os níveis excepcionais, tanto a nível da exigência que me incutiram como a nível da disponibilidade que sempre demonstraram. Por outro lado e referindo-me aos constrangimentos que se me foram deparando, não poderei deixar de referir a extenuante tarefa de conseguir conciliar os círculos profissional, com o familiar, o social, e esta etapa académica, que durante a realização destes respetivos Ensinos Clínicos, se tornaram, muitos dos dias, quase que incomportáveis. Mas é nestas alturas de abnegação e dedicação extrema que se vêem os verdadeiros resultados.

Assim, todo este caminho foi necessário e gratificante na pertinência e exequibilidade de todo o projeto inicialmente idealizado.

Procurando abordar uma perspetiva de futuro, poderei dizer que o Enfermeiro que fui não mais o voltarei a ser. A implicação das minhas aprendizagens durante este percurso académico resultou, na sua essência, no meu forte crescimento enquanto Enfermeiro e agente cuidador de outrém. Toda a minha abordagem perante a pessoa a cuidar, quer seja ela com HSA por rutura de aneurisma quer seja outro tipo de pessoa, apresenta agora uma abrangência bastante mais alargada. O

reabilita da pessoa encontra-se sempre presente em todos os pormenores, desde o 1º contato com a mesma até à fase da alta e, nem que seja (e claramente não o é) apenas só por este pormenor, já valeu a pena ter escolhido ser EEER.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. (2001) - **Formação Reflexiva**. Revista Referência. Maio Nº6 (pp. 53-59).

André C (2006) - **Manual de AVC**. Rio de Janeiro: Revinter.

Barbosa M (1992) – **Neurocirurgia**. Hospital da Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Tese de Doutoramento.

Bederson JB, Connolly ES, Batjer HH, Dacey RG, Dion JE, Diringer MN, Duldner JE, Harbaugh RE, Patel AB and Rosenwasser RH (2009) - **Stroke. Guidelines for the management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Statement for Healthcare Professionals From a Special Writing Group of the Stroke Council**. American Heart Association. 994-1025. Acedido a 14/07/2012, disponível em EBSCO.

Black JM, Matassarini-Jacobs E (1996) - **Luckmann & Sorensen Enfermagem Médico-Cirúrgica Uma Abordagem Psicofisiológica**. (pp.696-700) Quarta Edição. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Branco, T e Santos, R. (2010). **Reabilitação da pessoa com AVC**. Coimbra: FORMASAU. ISBN 978-989-8269-09-6.

Carta de Ottawa (1986, 21 de Novembro) - **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde**. Acedida a: 15/06/2012 disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.

Charles, A (1999) – **Variations in Case Fatality and Dependence From Stroke in Western Central Europe** - . In: **Stroke**. Nº 30. p. 350-356.

Clinchot DM, Kaplan P, Murray DM, Pease WS (1994) - **Cerebral aneurysms and arteriovenous malformations: Implications of rehabilitation**. Archives of Physical Medicine and rehabilitation. Brain Injury; 12:443-454. Acedido a 11/07/2012, disponível em EBSCO.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2005) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - (CIPE/INCP): versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Cordeiro, M e Menoita, E (2012). **Manual de Boas Práticas respiratórias – Conceitos, Princípios e Técnicas**. Loures: Lusociência. ISBN:978-972-8930-868.

Collière, MF (1989) - **Cuidar...A primeira arte da vida**. 2ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.

Costa, M (2002) - **Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos Enfermeiros**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-24-7.

Davies, Patricia M (1996) - **Exactamente no centro: actividade selectiva do tronco no tratamento de hemiplegia no adulto**. São Paulo: Editora Manole. ISBN 85-204-0408-1.

Diogo, M (2000) – **O papel do Enfermeiro na Reabilitação do idoso**. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana em Enfermagem. Vol.8, Nº 1 (p 75-81).

Dombovy M, Drew-Cates J, Serdars R (1998) - **Recovery and rehabilitation following subarachnoid hemorrhage. Part I: Outcome after inpatient rehabilitation.** Brain Injury. 12:443-454. Acedido a 14/07/2012, disponível em EBSCO.

Greenberg, MS (2005) - **Handbook of Neurosurgery. 6th edition.** Lakeland, Fla. Thieme Medical Publishers.

Guaresi JR, lung TC, Branco LT, Medeiros MS & Sakae TM (2011) - **Sequelas em pacientes com hemorragia subaracnóide por ruptura de aneurisma intracraniano.** Arquivos catarinenses de medicina. Vol 40, nº2. Acedido a 13/07/2012, disponível em EBSCO.

Hackett, ML & Anderson, CS (2000) - **Health outcomes 1 year after subarachnoid haemorrhage: An international population-based study.** Neurology; 55:658-662. Acedido a 13/07/2012, disponível em EBSCO.

Hedlund M, Ronne-Engstrom E, Ekselius L & Carlsson M (2008) - **From monitoring physiological functions to using psychological strategies. Nurses`view of caring for the aneurysmal subarahnoid haemorrhage patient.** Journal of Clinical Nursing; 17:403-11. Acedido a 14/07/2012, disponível em EBSCO.

Heros R, Morcos J (2000) - **Cerebrovascular surgery: Past, present and future. Neurosurgery.** 47:1007-1033. Acedido a 14/07/2012, disponível em EBSCO.

Hesbeen, W (2003) - **A Reabilitação: criar novos caminhos.** Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2000) - Bases conceptuais da Enfermagem de Reabilitação. In Hoeman, S. (2000) - **Enfermagem de Reabilitação, Processo e Aplicação**. (pp. 3-22) 2ª edição. Loures: Lusociencia. ISBN 972-8383-13-4.

Huang J. van Gelder J (2002) - **The probability of suddenth death from rupture of intracranial aneurysms: a meta-analyses**. Neurosurgery. 51, 5, , 1101-1105. Acedido a 11/07/2012, disponível em EBSCO.

Jonhstone, M (1987) - **Princípios de reabilitação do doente hemiplégico**: Texto de apoio nº 1. São Paulo: Editora Manole Lda.

Kaptain G, Lanzino G, Kassel N (2000) - **Subarachnoid haemorrhage: epidemiology, risk, factos, and treatment options**. *Drugs and Aging*. 17, 3, 183-199. Acedido a 13/07/2012, disponível em MEDLINE.

Martins, T. (2006) - **Acidente vascular cerebral - Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: FORMASAU. ISBN: 972-8485 65-4.

Marcon, Sonia Silva et al (2002) – **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem.

Martins, I. (2006) – Funções cognitivas. In FERRO, José e PIMENTEL, José – **Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento**. Lisboa: Lidel. p 1-23. ISBN 972-757-368-1.

Menoita, E. (2012) –**Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente** – Loures: Lusociência. ISBN:978-972-8930-78-3.

Mocco J, Komotar RJ, Lavine S, Meyers PM, Connolly S, Solomon R.(2004) -**The natural history of unruptured intracranial aneurysms**. Department of neurological Surgery, Columbia university, New York. Acedido a 11/07/2012, disponível em EBSCO.

Ordem dos Enfermeiros (2010) - **Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**, acedido a 12/06/ 2012, disponível em:

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 a 15/7/2012, disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>.

Orem, D. (2001) – **Nursing: concepts of practice**. – St. Louis: Mosby. 032300864X.

Organização Mundial de Saúde –OMS- (2009). Consultado a 16 de Setembro de 2012. Disponível em <http://www.who.int>.

Petronilho, F. (2012) – **Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem** – 1ª edição. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-17-1.

Phipps, W. et al (2003). **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 6ª Edição. Loures: Lusociência.

Rocha, S. (2008). **Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda – Avaliação de protocolo de trombólise**. Acedido em 16 de Setembro de 2012. Disponível em EBSCO.

Rooper A & Brown R (2005) - **Adams and Victor`s principles of neurology** (8th ed.) New York, NY: McGraw-Hill.

Ryerson, S D (2004). Hemiplegia (capítulo 25) In: Umphred D (2004). **Reabilitação Neurológica**. 4ªed. São Paulo: Manole. (pp:782-830).

Sá, Maria José (2009). **AVC – Primeira causa de morte em Portugal**. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto. Edições Universidade Fernando Pessoa. Junho, Nº 6 (pp12-19).

Saciri B, Kos N (2002). **Aneurysmal subarachnois haemorrhage: Outcomes of early rehabilitation after surgical repair of ruptured intracranial aneurysms**. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry; 72:334-337. Acedido a 11/07/2012, disponível em EBSCO.

Santos, AT (2006). **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-65-4.

Sequeira, C. (2010) - **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa: LIDEL. ISBN:978-972-757-717-0.

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 Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.

Stern M, Chang D, Odell M & Sperber K (2006) - ***Rehabilitation implications of non-traumatic subarachnoid haemorrhage***. Brain Injury; 20:679-685. Acedido a 11/07/2012, disponível em EBSCO.

Sudlow, CL; Warlow, CP.(1997) - **Stroke. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types: results from an international collaboration**. International Stroke incidence collaboration. Acedido a 12/07/2012, disponível em EBSCO.

Trindade, A et al - **Métodos auxiliares de diagnóstico** -. In: Antunes, J & Ferro, J – **Acidentes Vasculares Cerebrais: diagnóstico e tratamento** -Lisboa: Laboratórios UCB, 1986. P 117-138.

Umphred D et al. (2004) - **Intervenções para incapacidades neurológicas**. In: Umphred D (2004). **Reabilitação Neurológica**. 4ªed. São Paulo: Manole. (pp:58-136).

Van der Schaaf I, Algra A, Wermer M, Molyneux A, Clarke M, van Gijin & Rinkel G (2005) - **Endovascular coiling versus neurosurgical clipping for patients with aneurismal subarachnoid haemorrhage**. Cochrane Database of Systematic Reviews; 4:CD003085. Acedido a 11/07/2012, disponível em EBSCO.

Worp HB, Van der Bart & Van Gijin J (2007). **Acute Ischemic Stroke**. The New England Journal of Medicine. Acedido a 16 de Setembro de 2012, disponível em EBSCO.

Zivin JA (2005) - **Doença Vascular cerebral hemorrágica**. In: Goldman L, Bennt JC. Cecil: **Tratado de Medicina Interna**, 22^a ed. Rio de janeiro: Elsevier. (pp:2687-2690

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de atividades

APÊNDICE II

Plano de atividades planeadas no Projeto de Formação

OBJECTIVO GERAL – Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, nas várias fases da doença.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>b) Aprofundar conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação na pessoa com HSA por rutura de aneurisma.</p>	<p>- Pesquisa bibliográfica sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Anatomia e fisiopatologia do sistema nervoso e especificidades na pessoa com HSA por rutura de aneurisma. » Alterações e défices específicos após a HSA por rutura de aneurisma como os problemas de imobilidade, hemiplegia/hemiparésia, de eliminação, de descoordenação motora, de alterações de equilíbrio e da linguagem; » Estratégias, técnicas e programas de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com HSA por rutura de aneurisma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos na área da anatomia / fisiopatologia do sistema nervoso e na especificidade da HSA por rutura de aneurisma - Demonstra conhecimentos sobre os fatores de risco, as alterações resultantes da HSA por rutura de aneurisma e o seu tratamento; - Demonstra conhecimentos sobre as implicações da HSA por rutura de aneurisma na pessoa e família, tendo em conta a sua adaptação à situação de dependência 	<p>- De 2 Outubro de 2012 a 5 de Novembro de 2012.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>a) Identificar as necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar informações que permitam conhecer a complexidade e singularidade de cada Pessoa, o seu potencial e respetivas necessidades em cuidados de Enfermagem de Reabilitação, - Identificação das necessidades de intervenção ao nível da Enfermagem de Reabilitação, com aferição e esclarecimento de dúvidas com o Enfermeiro Orientador (nomeadamente: Pessoa/família; Contexto; Recursos; Vivência da situação de doença/incapacidade) - Colheita de dados, utilizando as técnicas de recolha de informação imprescindível ao planeamento dos cuidados, através de dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais (entrevista, observação e consulta de processo clínico ou documentos facultados pela família incluindo os exames complementares de diagnóstico) - Análise da informação pertinente considerando a especificidade de cada situação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica e explora as informações pertinentes para um programa de Reabilitação especialmente ao nível das situações cérebro – vasculares - Afere com o Enfermeiro Orientador a indicação de intervenção de Enfermagem de Reabilitação - Demonstra e mobiliza conhecimentos na área da reabilitação funcional motora à pessoa com HSA por rutura de aneurisma. 	<p>- De 2 Outubro de 2012 a 5 de Novembro de 2012.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>c) Planejar cuidados de Enfermagem de Reabilitação com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa com HSA por rutura de aneurisma, considerando todos os recursos existentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização e integração de todos os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo de todo o processo de ensino aprendizagem e da pesquisa - Planeamento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a prestar, elaborando planos de cuidados personalizados em função das necessidades da pessoa/família, tendo em conta as prioridades e os recursos disponíveis. - Elaboração e validação com o Enfermeiro Orientador, do programa de reabilitação individualizado, com base na avaliação e necessidades identificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualiza a situação, aplica os conhecimentos apreendidos, estrutura e fundamenta o planeamento do programa; - Implementa os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, atendendo à sua complexidade e singularidade (adequando-os às potencialidades das pessoas.) - Valida o programa de Enfermagem de Reabilitação com o Enfermeiro Orientador. 	<p>- De 6 de Novembro de 2012 a 13 de Janeiro de 2013.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>d) Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados, à pessoa com HSA por rutura de aneurisma.</p>	<p>- Prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, segundo o programa individual estabelecido para cada pessoa (mobilizações passivas, mobilizações ativas assistidas/resistidas, posicionamentos em padrão antispástico, ensino de exercícios isométricos, de atividades terapêuticas, treino de equilíbrio estático e dinâmico, levantes, transferências entre superfícies e treino de marcha).</p> <p>- Registo da atuação e da evolução da pessoa/família no desenvolvimento do programa estabelecido.</p>	<p>- Implementa os planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.</p> <p>- Adequa a prestação dos cuidados planeados às potencialidades das pessoas selecionadas, estabelecendo prioridades.</p> <p>- Avalia a consecução dos objetivos estabelecidos interpretando os resultados obtidos</p> <p>- Reformula o planeamento e a prestação de cuidados quando necessário</p>	<p>- De 6 de Novembro de 2012 a 13 de Janeiro de 2013.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>e) Planear e executar Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na área da Reeducação Funcional Respiratória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na área da RFR, integrados nos cuidados globais prestados ao doente/família, tendo por base a avaliação inicial e a identificação dos problemas e necessidades de cada doente; - Planeamento das Ações de Enfermagem de Reabilitação através da elaboração de planos de cuidados; - Execução dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, tendo em conta o rigor científico e técnico das intervenções e a singularidade de cada pessoa; - Avaliação dos cuidados prestados, por forma a garantir a continuidade dos mesmos; - Elaboração de registos de enfermagem em impressos próprios do serviço, com rigor científico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliza e integra os conhecimentos adquiridos nas diferentes Unidades Curriculares; - O enfermeiro orientador refere que: <ul style="list-style-type: none"> *Analisa o processo clínico do doente e recolhe dados, através da história de doença atual, história clínica pregressa, sintomatologia, exame físico, auscultação pulmonar, observação de meios complementares de diagnóstico; * Valida com a pessoa os problemas identificados, planeando os cuidados de acordo com o projeto de saúde da mesma; * Executa os Cuidados de Enfermagem planeados, revelando uma crescente destreza, autonomia e responsabilidade; * Demonstra na execução dos cuidados saber otimizar todos os recursos disponíveis, de forma a garantir a qualidade do programa de Reeducação Funcional Respiratória pré e pós-operatório; * Regista em impressos próprios do serviço as ações de enfermagem 	<p>- De 6 de Novembro de 2012 a 13 de Janeiro de 2013.</p>

OBJECTIVO GERAL – Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação na área da Reeducação Funcional Respiratória.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>f) Conhecer a estrutura física, funcionamento, dinâmica e organização da Unidade de Readaptação Funcional Respiratória (URFR).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visita guiada ao Serviço pelo enfermeiro orientador; - Entrevista informal com o enfermeiro orientador do ensino clínico; - Apresentação à equipa multidisciplinar; - Estabelecimento de conversas informais com os membros da equipa; - Consulta de manuais de normas, protocolos e procedimentos do Serviço; - Identificação das rotinas do Serviço; - Identificação da forma de organização da equipa de enfermagem; - Conhecimento dos principais dados epidemiológicos do Serviço; - Identificação do circuito de atendimento do Utente/Família; - Conhecimento da articulação de cuidados com outros Serviços do Hospital e também da Comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica as várias áreas de trabalho do serviço; - Estabelece boa relação integrando-se na equipa multidisciplinar; - Conhece as normas e procedimentos instituídos no Serviço; - Enuncia os principais dados epidemiológicos do Serviço; - Conhece o circuito de atendimento do Utente/Família e a articulação com os diversos Serviços. 	<p>- De 14 a 20 de Janeiro de 2013.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>g) Identificar e analisar o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na URFR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista informal com os Enfermeiros Especialistas sobre as suas funções e competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação; - Observação direta dos Enfermeiros Especialistas na prática diária de cuidados, na área da Reeducação Funcional Respiratória: <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação inicial do Utente/Família; - Prestação de cuidados de reabilitação ao Utente/Família; - Ensino para a alta; - Articulação com outros profissionais e Serviços do Hospital; - Participação ativa nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao utente e família, de acordo com a sua singularidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica as funções e principais competências técnicas, científicas e relacionais do Enfermeiro Especialista na área da Reeducação Funcional Respiratória; - Presta cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na área da Reeducação Funcional Respiratória, tendo sempre em conta o rigor científico e técnico das intervenções e a necessária adaptabilidade à situação única de cada pessoa, avaliando a eficácia dos mesmos e garantindo a sua continuidade. 	<p>- De 14 a 20 Janeiro de 2013.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>h) Aprofundar conhecimentos sobre anatomia e fisiologia do aparelho respiratório.</p>	<p>Pesquisa bibliográfica temática diversa sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anatomia e fisiologia do aparelho respiratório; - Mecânica ventilatória; <p>- Pesquisa dirigida na Internet;</p> <p>- Mobilização de conhecimentos das diferentes Unidades Curriculares;</p> <p>- Discussão de aspetos relevantes com os orientadores do ensino clínico;</p> <p>- Partilha de informação com colegas, profissionais e orientadores do local de estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve aspetos anátomo-fisiológicos do aparelho respiratório; - Descreve os principais aspetos da mecânica ventilatória. 	<p>- De 14 a 20 de Janeiro de 2013.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>i) Aprofundar conhecimentos sobre Reeducação Funcional Respiratória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica temática diversa sobre Técnicas de Reeducação Funcional Respiratória; - Pesquisa orientada na Internet; - Mobilização de conhecimentos das diferentes Unidades Curriculares; - Discussão de aspetos relevantes com os orientadores do ensino clínico; - Partilha de informação e experiências com colegas, profissionais e orientadores do local de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve o conceito de Reeducação Funcional Respiratória; - Enuncia os objetivos da Reeducação Funcional Respiratória; - Identifica as indicações e contraindicações da Reeducação Funcional Respiratória, de acordo com a situação clínica de cada doente; - Identifica as medidas de prevenção e tratamento de complicações respiratórias. 	<p>- De 14 a 27 de Janeiro de 2013.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>j) Planear e executar os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na área da Reeducação Funcional Respiratória, integrando-os no plano global de cuidados de cada pessoa, atendendo à sua singularidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica temática; - Mobilização de conhecimentos das diferentes Unidades Curriculares; - Discussão para esclarecimento de dúvidas com a Professora Orientadora do ensino clínico; - Realização do ensino clínico; - Observação do trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros Especialistas; - Prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na área da RFR, integrados nos cuidados globais prestados ao doente/família, tendo por base a avaliação inicial e a Identificação dos problemas e necessidades de cada doente; - Planeamento das Ações de Enfermagem de Reabilitação através da elaboração de planos de cuidados; - Execução dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, tendo em conta o rigor científico e técnico das intervenções e a singularidade de cada pessoa; - Avaliação dos cuidados prestados, por forma a garantir a continuidade dos mesmos; - Elaboração de registos de enfermagem em impressos próprios do serviço, com rigor científico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra interesse pela aprendizagem; - Recorre a todas as fontes de informação pertinentes; - Mobiliza e integra os conhecimentos adquiridos nas diferentes Unidades Curriculares; - O enfermeiro orientador refere que: <ul style="list-style-type: none"> * Analisa o processo clínico do doente e recolhe dados, através da história de doença atual, história clínica pregressa, sintomatologia, exame físico, auscultação pulmonar, observação de meios complementares de diagnóstico; * Valida com a pessoa os problemas identificados, planeando os cuidados de acordo com o projeto de saúde da mesma; * Executa os Cuidados de Enfermagem planeados, revelando uma crescente destreza, autonomia e responsabilidade; * Demonstra na execução dos cuidados saber otimizar todos os recursos disponíveis, de forma a garantir a qualidade do programa de Reeducação Funcional Respiratória pré e pós-operatório; * Regista em impressos próprios do serviço as ações de enfermagem 	<p>- De 21 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2013</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>l) Desenvolver competências na área da Reeducação Funcional Respiratória, que me permitam implementar e dinamizar processos de mudança e inovação na instituição onde exerço funções, assumindo o papel de perito em Enfermagem de Reabilitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão com a Professora Orientadora do Projeto de Formação, no sentido de “buscar” orientação; - Discussão com a Professora Orientadora sobre questões pertinentes para a minha aprendizagem enquanto Enfermeiro Especialista; - Realização do ensino clínico; - Procura constante de momentos de aprendizagem de crescente complexidade ao longo do ensino clínico; - Reflexão crítica sobre o ensino clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve a proposta do Projeto de Formação; - Reflete acerca do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; - Descreve as competências consideradas necessárias a dinamizar num futuro próximo na instituição onde exerce funções. 	<p>- De 21 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2013.</p>

APÊNDICE III

Caracterização do serviço de Neurocirurgia do Hospital A

Caracterização do serviço de Neurocirurgia do Hospital A

O Hospital A é um Hospital central, localizado na margem sul do Tejo e que abrange uma vasta área geográfica e populacional. A sua área de abrangência são os concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra e por este motivo, dá suporte a muitas outras unidades hospitalares e centros de saúde a vários níveis, consoante as especialidades e a gravidade da situação dos doentes.

Pode ser definido, de uma forma global, como um serviço de referência para a Enfermagem, pois os cuidados prestados são de facto muito abrangentes quanto à especificidade das competências exigidas; de excelência quanto à sua qualidade, e meticolosos no que diz respeito ao acompanhamento e encaminhamento dos doentes e suas famílias.

A admissão dos doentes pode efetuar-se através do serviço de urgência, consulta externa ou por transferência de outros serviços e/ou unidades hospitalares. Dos doentes atendidos no serviço, destaca-se o grupo etário das idades compreendidas entre os 45 e 65 anos, seguindo-se do grupo etário dos 25 aos 45 anos.

A equipa interdisciplinar é constituída por EEER, Enfermeiros generalistas, médicos, (neurocirurgiões, anestesistas, internos de neurocirurgia), em estreita colaboração com os serviços de neurorradiologia, neuro-oncologia e medicina física e de reabilitação, fisioterapeutas, assistente social, dietista, secretárias de unidade e assistentes operacionais.

A equipa de Enfermagem é composta por 39 Enfermeiros, incluindo a Enf^a chefe (EEER) com funções de gestão e coordenação do serviço, 3 EEER sendo os restantes elementos Enfermeiros de cuidados gerais. Os EEER asseguram a maioria dos turnos na manhã (inclusive, aos fins de semana e feriados) e alguns turnos da tarde. No turno da manhã, quando estão 2 EEER, um encarrega-se dos cuidados de reabilitação aos doentes de enfermaria e o outro é responsável pelos cuidados aos doentes das 2 unidades. No entanto esta divisão não é estanque, pois o trabalho de equipa e entreajuda são praticados pelos EEER. É uma grande mais-valia o facto de

este serviço ter 3 EEER que prestam cuidados especializados aos doentes internados e respetiva família. A sua presença é fundamental não só para os doentes mas também para toda a equipa, pois os resultados dos seus cuidados são realmente visíveis, no que se refere por exemplo à redução do tempo de internamento e à prevenção de complicações. No entanto, a necessidade de cuidados de reabilitação está presente na grande maioria dos doentes internados, pelo que a gestão de prioridades consoante as necessidades de cada doente/família é um desafio que é colocado a estes profissionais.

O método de trabalho dos enfermeiros generalistas é o responsável, no entanto é também bastante visível o trabalho em equipa devido à elevada dependência dos doentes internados e conseqüente elevada carga de trabalho.

O serviço de Neurocirurgia privilegia também a presença de um familiar de referência junto ao doente, pelo que o horário das visitas é alargado (entre as 11h e as 21h), pois toda a equipa de enfermagem reconhece que a sua presença traz benefícios na recuperação do doente, promovendo a sua autonomia, independência e reinserção familiar e social. Muitas das famílias têm um papel ativo na reabilitação do seu familiar, participando muitas vezes nos cuidados. Sempre que possível integram-na nos mesmos, através de ensinamentos, instrução e treino de algumas atividades capacitando-as e preparando-as para a alta. O horário é alargado sempre que a equipa de saúde o considere pertinente e quando não interfira com o funcionamento do serviço.

APÊNDICE IV

Ação de Formação “Hemorragia Subaracnoideia por rutura de aneurisma:
Visão da Enfermagem de Reabilitação”.

Hemorragia Subaracnoideia por ruptura de aneurisma:

VISÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

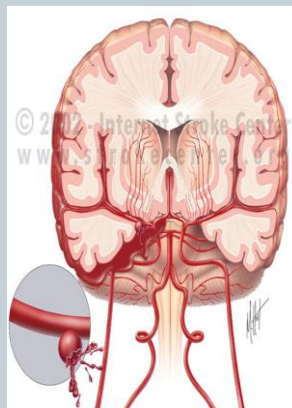


Sumário

- HSA
 - Definição
 - História
- AVC
 - Definição
 - Classificação
- HSA Aneurismática
 - Incidência
 - Classificação
 - Tratamento
 - Complicações
- Avaliação da Pessoa com HSA
 - Exame Neurológico
- Funções Alteradas na Pessoa com HSA
- Intervenções do Enf^o. de Reabilitação

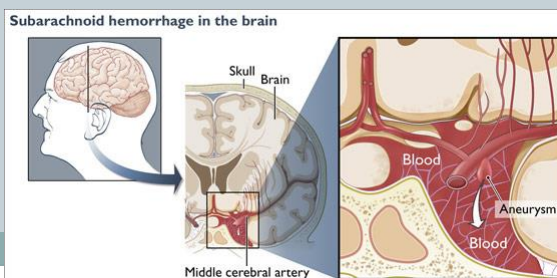
Hemorragia Subaracnoideia (HSA)

- É caracterizada pela presença de sangue no espaço subaracnoide, que pode ser causado por uma grande variedade de patologias, sendo a principal a rutura de aneurismas.



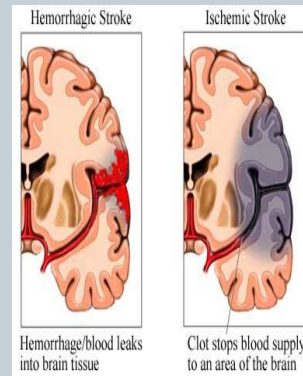
Hemorragia Subaracnoideia (HSA)

- A primeira descrição de HSA remonta há já 25 séculos, sendo atualmente considerada como uma das patologias intracranianas mais graves pois está associada a uma elevada morbilidade/mortalidade;
- Foi através de Egas Moniz em 1927 com a sua divulgação da técnica de angiografia cerebral que se abriu as portas para a identificação dos aneurismas cerebrais, publicada em 1933



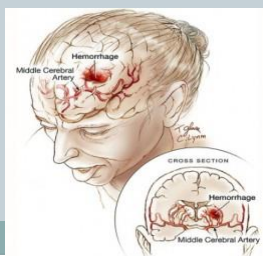
Acidente Vascular Cerebral (AVC)

- Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,2009) o AVC é causado pela interrupção da irrigação cerebral, quer seja pelo rompimento de uma vaso sanguíneo, quer seja pela sua oclusão, suprimindo assim o fornecimento de glicose e oxigénio ao cérebro.



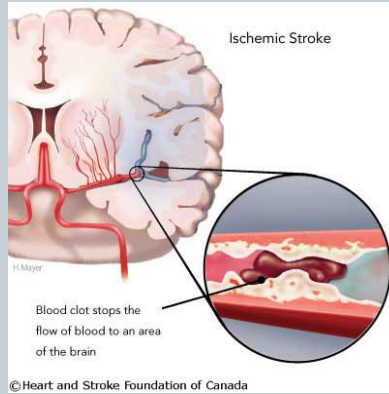
Acidente Vascular Cerebral (AVC)

- É uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas neurológicos deficitários, de instalação súbita e com duração superior a 24h, secundários à perda de função cerebral, causada por um distúrbio na circulação cerebral (Tuna & Pereira, cit. In Rocha, 2008)
- Podem ser de natureza isquémica (80-85% dos casos) ou hemorrágica (15-20% dos casos) (Worp & Gijon, 2007)



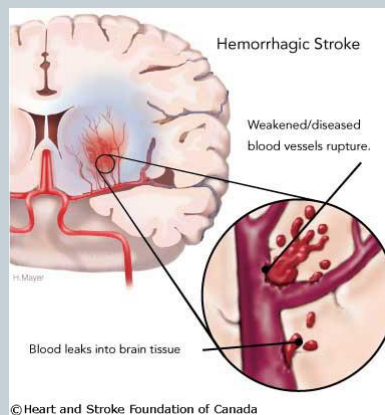
Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquêmico

É causado por uma oclusão vascular localizada. Levando à interrupção do fornecimento de oxigênio e glicose ao tecido cerebral, afetando subsequentemente os processos metabólicos do território envolvido (EUSI, 2003).



Acidente Vascular Cerebral (AVC) Hemorrágico

- Consiste na ruptura de um vaso sanguíneo cerebral com sangramento para dentro do tecido cerebral ou dos espaços circundantes e são subdivididas em 3 tipos baseando-se no local e na origem do sangramento (Sá, 2009)



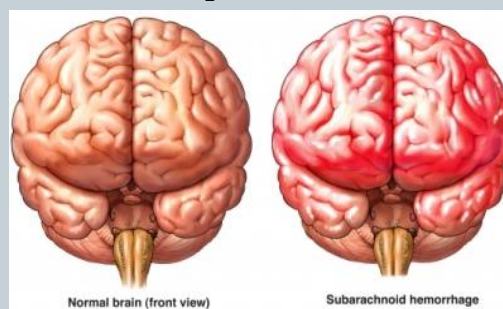
Acidente Vascular Cerebral (AVC) Hemorrágico

- HSA, quando o sangramento se origina dos espaços subaracnoides que circundam o cérebro;
- Hemorragia Intra-Cerebral, quando o sangramento se encontra no parênquima cerebral;
- Hemorragia Intra-Ventricular, caracterizada pela presença de sangue no interior dos ventrículos cerebrais.



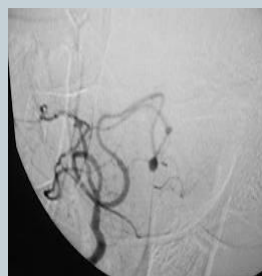
Hemorragia Subaracnoideia (HSA) Aneurismática

- Apresenta uma clínica grave que se caracteriza por ruptura do aneurisma e sangramento abrupto;
- A ruptura de um aneurisma sacular é responsável por cerca de 50 a 75% das HSA espontâneas;



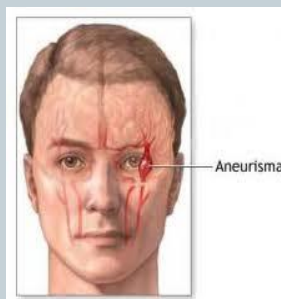
Hemorragia Subaracnoideia (HSA) Aneurismática

- Estima-se que 2 a 5% da população possam ter um aneurisma cerebral, sendo a sua taxa de 2% ao ano;
- Numa revisão de dados de 8 países com população predominantemente branca, a HSA representou 4% dos AVC e a média de incidência anual foi de 14/100 000 habitantes/ano (Sudlow & Warlow, 1997).



Hemorragia Subaracnoideia (HSA) Aneurismática

- O grau de fatalidade das HSA após rutura de aneurisma é bastante elevado, elevando-se mesmo acima dos 50% (Van Gijn et al., 2007);
- Entre 10 a 15% das pessoas com HSA morrem mesmo antes de chegar ao Hospital (Huang and Van Gelder, 2002) e aqueles que sobrevivem ficam muitas das vezes com incapacidades profundas (Kaptain et al., 2000);
- Do total de indivíduos com HSA, apenas um terço volta á sua vida normal, na sua grande maioria das vezes desenvolve sequelas neurológicas significativas (Guaresei et al., 2011).



Hemorragia Subaracnoideia (HSA) Aneurismática

- Classificação segundo a Escala de Hunt & Hess:

Grau

1. Quando assintomático ou com leve cefaleia;
2. Com moderada a severa cefaleia, rigidez de nuca ou paralesia óculomotora;
3. Se estiver confuso, sonolento com ou sem sinais focais leves;
4. Já em coma superficial com ou sem hemorragia;
5. Comatoso, resposta em extensão, SV instáveis.



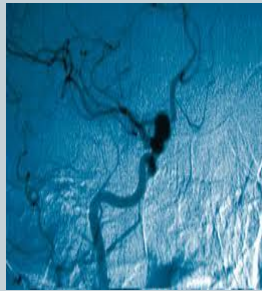
Hemorragia Subaracnoideia (HSA) Aneurismática

- Objetivos do Tratamento:
 - Alívio dos sintomas;
 - Reparação da causa do sangramento (cirúrgico ou endovascular);
 - Prevenção de complicações.



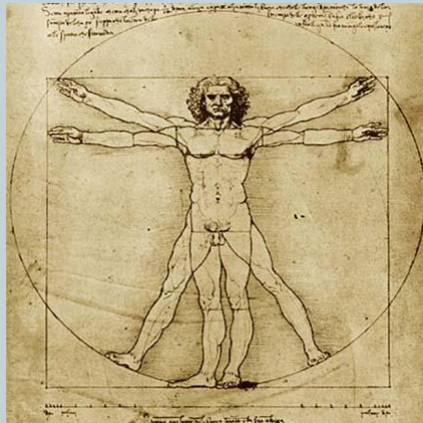
Hemorragia Subaracnoideia (HSA) Aneurismática

A HSA por rutura de aneurisma pode levar a um déficit neurológico e cognitivo importante afetando as atividades funcionais das pessoas sujeitas a ela. Assim poderemos ter doentes com alterações graves a nível:



Hemorragia Subaracnoideia (HSA) Aneurismática

- Funcionalidade;
- Motor;
- Sensorial;
- Cognitivo;
- Cardiorespiratório;
- Alimentação;
- Eliminação;
- Sexualidade



Hemorragia Subaracnoideia (HSA) Aneurismática

As complicações pós HSA Incluem:

- Vasoespasmos;
- Hidrocefalia;
- Ressangramento;
- Convulsões;
- Desequilíbrio Hidroelectrolítico.



Reabilitação na HSA

- Mas o papel do Enfermeiro Reabilitador pode também começar antes da resolução do aneurisma? Apesar do repouso absoluto e da ausência de estímulos a que a pessoa está submetida, pode-se intervir a nível respiratório com dissociação dos tempos respiratórios e inspirações profundas e a nível motor com pequenos exercícios passivos e de amplitude de movimentos de modo a prevenir sequelas e posteriores complicações (Brunner & Suddarth, 2002).



Reabilitação na HSA

- Após a resolução do aneurisma, todo o campo de atividades do Enfermeiro de Reabilitação pode e deve ser iniciado, tendo sempre em atenção uma monitorização adequada dos valores tensionais (de forma a prevenir AVC, ressangramento por HTA e manutenção de valores de perfusão cerebral aceitáveis), estado de consciência e função motora (Bedreson, JB et al.,2009).



A Enfermagem de Reabilitação

“ A reabilitação consiste na aplicação de um programa planejado, através do qual a pessoa incapacitada, ou convalescente, mantém ou progride para o maior grau de independência física e psíquica de que é capaz.”

(Johstone, 1986, p.9)

“(…)reabilitar significa restabelecer, ou seja, restituir as boas condições de funcionamento”.

(Johstone, 1986, p.15)



A Enfermagem de Reabilitação

A Enfermagem de Reabilitação está essencialmente vocacionada para a aplicação precoce com técnicas de reabilitação específicas com o fim de evitar sequelas ou complicações inerentes à situação clínica e à imobilidade aproveitando ao máximo as capacidades para o restauro da função e diminuição de incapacidades, contribuindo para uma mais rápida reintegração do doente na família e comunidade e conseqüente redução dos dias de internamento”



Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com HSA

- A Reabilitação da pessoa com HSA torna-se mais difícil com:
 - o avançar da idade;
 - às localizações difusas de lesões vasculares cerebrais;
 - à espasticidade que por vezes surge;
 - à frequente ausência de companheiro(a), parentes ou amigos que possam estar presentes para acompanhar o processo de reabilitação.



Avaliação da pessoa com HSA

- **EXAME NEUROLÓGICO:**
 - ESTADO MENTAL;
 - PARES CRANIANOS;
 - MOTRICIDADE;
 - SENSIBILIDADE;
 - EQUILÍBRIO;
 - MARCHA.



Avaliação da pessoa com HSA *Exame Neurológico – Estado Mental*

- Estado de consciência;
- Estado de orientação;
- Atenção;
- Memória;
- Capacidades práticas;
- Negligência hemiespacial unilateral;
- Linguagem.



Avaliação da pessoa com HSA
Exame Neurológico – Pares Cranianos

Nº	Nervo	Função
I	Olfativo	Olfato
II	Ótico	Visão
III	Motor Ocular Comum	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho
V	Trigémio	Controlo dos movimentos da mastigação e percepções sensoriais da face e dentes
VI	Motor Ocular Externo	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho

Avaliação da pessoa com HSA
Exame Neurológico – Pares Cranianos

Nº	Nervo	Função
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais - mímica facial - e percepção gustativa no 1/3 anterior da língua
VIII	Auditivo	Orientação, movimento e audição
IX	Glosso-faríngeo	Percepção gustativa no 1/3 posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, torax e vísceras
XI	Espinhal	Controlo Motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideu e trapézio
XII	Hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição, articulação das palavras)

Avaliação da pessoa com HSA

Exame Neurológico – Motricidade

- Força Muscular
 - Avalia-se em todos os movimentos dos vários segmentos corporais;
- Tônus Muscular
 - Avalia-se através da palpação e da mobilização passiva;
- Coordenação Motora
 - Avalia-se a simetria, ritmo, alternância e rapidez;
- Sensibilidade;
 - Superficial
 - Profunda



Avaliação da pessoa com HSA

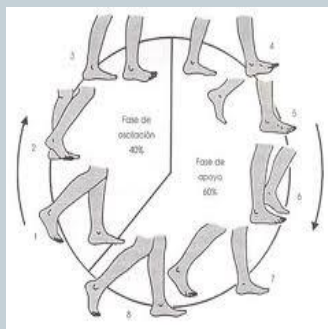
Exame Neurológico – Equilíbrio

- Avalia-se a presença de tonturas ou vertigens, iniciando-se pelo equilíbrio estático sentado, em que a pessoa mantém as mãos de lado, suportando o peso do tronco, de forma a manter o equilíbrio;
- No equilíbrio dinâmico sentado pode induzir-se um ligeiro balancear no tronco da pessoa.



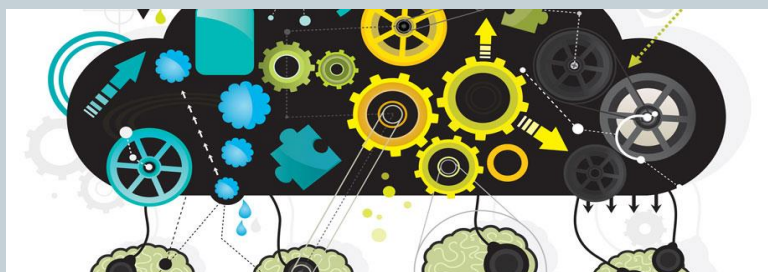
Avaliação da pessoa com HSA *Exame Neurológico – Marcha*

- Como a postura corporal e a locomoção normais exigem integridade da função vestibular, da propriocepção e da visão, qualquer alteração num destes sistemas provocará um comprometimento durante as fases da marcha.



Reabilitação Neuropsicológica da pessoa com HSA

- A Reabilitação pode favorecer a reaprendizagem motora – processo neurobiológico, pelo qual são modificadas as respostas motoras, melhorando o seu desempenho, como resultado do treino sistemático



Reabilitação Neuropsicológica da pessoa com HSA

- A aprendizagem motora utiliza a memória que está à mercê do treino. Assim, é necessário repetir inúmeras vezes a mesma ação para ela se fixar, de modo a se formar o engrama motor.



Reabilitação Neuropsicológica da pessoa com HSA

- A Reabilitação deve começar precocemente e ser encarada como um modo de vida durante as 24h diárias. Alguma recuperação funcional pode ocorrer até mesmo anos após a instalação da lesão



Reabilitação Neuropsicológica da pessoa com HSA

- Se os problemas de percepção dos indivíduos que sofreram HSA passarem despercebidos, pode-se estar a exigir-lhes algo que eles não compreendam, sobrecarregando o indivíduo de informação não processada, despontando assim sentimentos de frustração, abandono e depressão



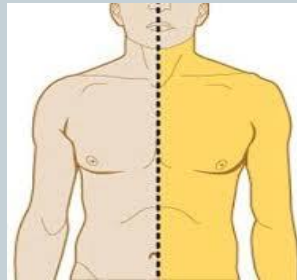
Intervenções do Enf^o. de Reabilitação na pessoa com HSA

- Alteração da Mobilidade;
- Alteração da Motricidade Facial;
- Alteração da Linguagem;
- Alteração da Funções Cognitivas;
- Alteração da Deglutição;
- Alteração do Padrão Intestinal e Vesical;
- Alteração da Integridade Cutânea;
- Alteração da Sexualidade;
- Alteração Emocional e Social.



Intervenções do Enfº. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações da Mobilidade

- Alterações da Força Muscular
 - Hemiparésia/Hemiplegia
- Alterações do Tónus Muscular
 - Flacidez/Espasticidade
- Perda do Mecanismo de Controlo Postural
- Alteração da Função Sensorial



Intervenções do Enfº. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações da Mobilidade

- Estratégias/Atividades Terapêuticas:
 - Facilitação Cruzada;
 - Indução de Restrições;
 - Posicionamento em padrão anti-espástico;
 - Estimulação Sensorial;
 - Programa de mobilizações;
 - Atividades Terapêuticas (Rolar, Ponte, Rotação Controlada da Coxo-Femural, Auto-Mobilização, Carga no Cotovelo, Exercícios de equilíbrio, Transferência, Treino de Marcha Controlada, Exercícios Terapêuticos com Bola Suíça, Exercícios para o Domicílio)



Intervenções do Enf^o. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações da Mobilidade

- Treino de Actividades de Vida Diária (AVDs):
 - Higiene;
 - Vestir/Despir;
 - Alimentação;



Intervenções do Enf^o. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações da Mobilidade

- Instrumentos de Avaliação:
 - Índice de Barthel;
 - Medida de Independência Funcional (MIF);
 - Índice de Lawton

Quadro 2 Nível de funcionalidade para cada item da escala MIF.

NÍVEL	EQUIVALENTE EM FUNCIONALIDADE
7	Independência completa: toda tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável.
6	Independência modificada: capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente.
5	Supervisão: sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contato ou a ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário.
4	Mínima assistência: necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples toque, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa).
3	Moderação assistência: necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, (realiza 50% do esforço necessário na tarefa).
2	Máxima assistência: utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
1	Total assistência: assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa.

Intervenções do Enfº. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações da Motricidade Facial

- As Paralisias Faciais podem ser consideradas:
 - Paralisia Facial Central (PFC), ou Supranucleares;
 - Paralisia Facial Periférica
- Intervenções:
 - Massagem;
 - Reeducação dos Músculos da face.



Intervenções do Enfº. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações da Linguagem

- Na Avaliação é fundamental distinguir Afasia de Disartria;
- Os objectivos de Reabilitação São:
 - Controlar a respiração;
 - Aumentar a força da musculatura oral;
 - Melhorar a qualidade de voz e de articulação das palavras.



Intervenções do Enf^o. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações da Função Cognitiva

- Alterações da Memória;
- Alterações das Capacidades Práticas;
- Negligência Hemiespacial Unilateral;
- Alteração da Linguagem: Afasia;
- Alteração da Capacidade de Cálculo



Intervenções do Enf^o. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações na Deglutição

- Exercícios para Resistência Muscular;
- Exercícios de Controlo do Bolo Alimentar;
- Exercícios para Aumentar a Adução dos Tecidos no Topo da Via Aérea – proteção das Vias Aérea;
- Exercícios de Mobilidade Laríngea;
- Manobras posturais;
- Manobras Compensatórias da Via Aérea



Intervenções do Enf^o. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alt. no Padrão de Eliminação Intestinal

- Na pessoa com HSA, pode surgir obstipação ou incontinência intestinal, por apresentar um intestino neurogénico desinibido, por controlo voluntário do esfíncter anal diminuído, devendo-se utilizar manobras de estimulação da eliminação:
 - Aproveitar o reflexo gastro e orto-cólico, validando com a pessoa a vontade de evacuar depois das refeições;
 - Massajar a região abdominal na direção do fluxo intestinal;
 - Proporcionar o esvaziamento intestinal aplicando supositório ou clíster em SOS ou em esquema;
 - Colocar corretamente a arrastadeira de forma a facilitar o processo de defecação (inclinação anterior do tronco com colocação de almofadas.

Intervenções do Enf^o. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alt. no Padrão de Eliminação Vesical

- A pessoa com HSA, em fase aguda, apresenta habitualmente uma bexiga neurogénica desinibida, que resulta de uma lesão cerebral por disrupção do feixo corticoregulador (Hoeman, 1996). A reeducação vesical é mais complicada do que a intestinal, mas os êxitos são mais frequentes. Após a fase aguda, poder-se-á iniciar:
 - Terapia Comportamental através de técnicas de reeducação perineal;
 - Fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico. O exercício mais simples é o de Kegel, que deve ser feito em 3 etapas: tomada de consciência da contração, aumento da intensidade da contração, integração da atividade.

Intervenções do Enf^o. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações da Integridade Física

- Manter a integridade Tecidual Cuidados com a pele);
- Proteger contra efeitos adversos de forças externas (posicionamentos e recurso a superfícies de apoio);
- Melhorar o estado nutricional.



Intervenções do Enf^o. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações na Sexualidade

- A Reabilitação deve ser baseada numa abordagem interdisciplinar, assente na educação, aconselhamento sobre a resposta sexual, psicoterapia ou terapia sexual (Marques et al, 2008).
- Cardoso (2004, p.392) sumaria as diferentes abordagens a ter na educação sexual, focando-se na:
 - reestruturação cognitiva;
 - reestruturação comportamental.



Intervenções do Enf^o. de Reabilitação na pessoa com HSA – Alterações Emocionais e Sociais

- Para Cancela (2008) e Oliveira (2001), para além das alterações que foram sendo mencionadas, que são consequências directas da lesão, há alterações psicológicas a nível emocional, como a ansiedade e a depressão, assim como variáveis de auto-eficácia, de auto-conceito, auto-estima e de suporte social, que vão afetar o empenho da pessoa na recuperação.



CONCLUSÃO

- Um programa de Reabilitação dirigido á pessoa com HSA deve ser sempre holístico, desenvolvido por uma equipa interdisciplinar, onde a família é parceira e alvo de cuidados, com validade ecológica, constando de exercícios em que a pessoa é incentivada através de situações do quotidiano a concentrar-se, interagir, raciocinar, tomar decisões e expressar sentimentos e pensamentos a outros (Cancela, 2008).




APÊNDICE V

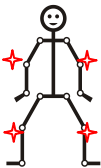

Plano de cuidados de doente X

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO

NOME	IDADE	DATA INT.	DIAGNÓSTICO
Sra X	57 anos	05/08/2012	HSA Aneurismática
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO			
<p>A 5/8/2012 apresenta quadro de prostração, dispneia e crise convulsiva no domicílio, razão pela qual é transportada para Hospital do Montijo onde foi EOT e ventilada e posteriormente transportada para HA. Faz TAC CE que revela HSA com múltiplos Enfartes Corticais Multiterritoriais. A 6/8/2012 faz embolização do Aneurisma do topo da artéria basilar com sucesso.</p>			
AValiação Funcional da Pessoa/Família/Comunidade a 10/10/2012			
Vive só		Vive com família	<input checked="" type="checkbox"/>
		Pessoa significativa	Esposo
Compreensão da Situação	Esposo tem conhecimento da situação e da forma como se espera que evolua	Dinâmica Familiar: vive com a esposa.	
Hábitos de Vida:		Estilos de Vida	
Origem Social: Humilde		Grau Académico	
Profissão : Dona de mercearia		Espectativas	
Tipo de Habitação	Recursos Financeiros	Rede social de apoio:	

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA			AVALIAÇÃO DA DOR								
Escala de Coma de Glasgow											
Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação									
Abertura Ocular	Espontânea Com estímulo	4(O) 3 2 1	Escala do Observador <table border="1"> <tr> <td>parece sem dor</td> <td>parece desconfortável</td> <td>parece desconfortável</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>			parece sem dor	parece desconfortável	parece desconfortável	1	2	3
parece sem dor	parece desconfortável	parece desconfortável									
1	2	3									
Resposta Verbal	Orientado Confuso Palavras impróprias Sons incomprensíveis Nula	5(V) 4 3 2 1	<table border="1"> <tr> <td>parece sem dor</td> <td>parece desconfortável</td> <td>parece desconfortável</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>			parece sem dor	parece desconfortável	parece desconfortável	1	2	3
parece sem dor	parece desconfortável	parece desconfortável									
1	2	3									
Resposta Motora	Obedece a ordens Localiza a dor Foge à dor Flexão anormal Responde em extensão Nula	6(M) 5 4 3 2 1	<table border="1"> <tr> <td>parece sem dor</td> <td>parece desconfortável</td> <td>parece desconfortável</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>			parece sem dor	parece desconfortável	parece desconfortável	1	2	3
parece sem dor	parece desconfortável	parece desconfortável									
1	2	3									
PONTUAÇÃO (Score) (O+V+M) 3 a 15 Score 14			COORDENAÇÃO MOTORA EQUILÍBRIO A – ausente Sentado Estat R D – deficiente Dinâm D R – razoável B - bom Em pé Estat A Dinâm A								

AVALIAÇÃO MOTORA		AVALIAÇÃO ESPASTICIDADE	
FORÇA	DESCRIÇÃO	Escala de Ashworth	

<p>5 4 3 2 1 0</p>	<p>Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência máxima</p> <p>Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial</p> <p>Realiza o movimento completo contra gravidade</p> <p>Realiza o movimento parcial</p> <p>Contração muscular sem movimento</p> <p>Paralisia (nenhum movimento)</p>	<p>1 Sem aumento de tônus x</p> <p>2 Leve aumento de tônus (“canivete”)</p> <p>3 Moderado aumento do tônus</p> <p>4 Aumento do tônus acentuado</p> <p>5 Rigidez em flexão ou extensão</p> <p>Score 1</p>
<p>Membro Superior Dto: 2 Membro Inferior Dto: 1 Membro Superior Dto: 3 Membro Inferior Esq: 2</p>		
<p>Sensibilidade Superficial:</p> <p>Profunda/ Dolorosa-D Térmica-Tm Táctil-Tt</p>  <p>Normal <input checked="" type="checkbox"/> usente <input type="checkbox"/></p>	<p>Sensibilidade</p> <p>Proprioceptiva: Postural Vibratória</p>	<p>Limitação Articular</p> 
<p>EXAME FÍSICO</p>		
<p>Pele e anexos: Pele íntegra <input type="checkbox"/> Feridas <input type="checkbox"/> Úlcera de pressão <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/></p>		

Avaliação Respiratória: Sinais Vitais - FC 76ppm FR 18 cpm TA 146/87 mmHg SatO2 97 %

Amplitude Respiratória: Normal Diminuída Aumentada Maior Dt Maior Esq **Dispneia:** Repouso

Pequenos esforços Médios esforços Grandes esforços **Uso de musculatura acessória:**

Abdominais Intercostais Supracostais **Cianose:** Sim Não **Deformidades Torácicas:** Cifose

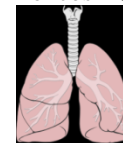
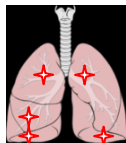
Escoriose Em tonel Em quilha **Lesões torácicas:** cicatrizes costelas dta costelas esq

Auscultação pulmonar:

Murmúrios Mantidos nos lobos superior, médio e inferior dts; superior e inferior esqs. Diminuídos Ausentes

Ruidos adventícios:

Roncos Sibilos Fervores



Tosse: Produtiva Seca Eficaz Ineficaz **Secreção:** Não Sim **Aspecto:** Mucóide Muco-purulenta Purulenta Hemoptóica **Quantidade:** Abundantes Moderadas Escassas **Características:** Semi-Fluidas Fluidas Espessas

Identificação de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão - Escala De Norton

<p>Condição física</p> <ul style="list-style-type: none"> * Boa = 4 * Regular = 3 <input checked="" type="checkbox"/> * Fraca = 2 * Má = 1 	<p>Estado de consciência</p> <ul style="list-style-type: none"> * Consciente = 4 <input checked="" type="checkbox"/> * Apático = 3 * Confuso = 2 * Torpor = 1 	<p>Atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ambulante = 4 * Anda com ajuda = 3 * Cadeira de rodas = 2 <input checked="" type="checkbox"/> * Acamado = 1 	<p>Mobilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> * Completa = 4 * Pouco limitada = 3 * Muito limitada = 2 <input checked="" type="checkbox"/> * Imóvel = 1
<p>Incontinência</p> <ul style="list-style-type: none"> * Não = 4 * Ocasional = 3 * Urinária = 2 * Total = 1 <input checked="" type="checkbox"/> 		<p>* Índice de 14 ou menos: risco muito alto de formação de úlceras. Quanto menor o total maior o risco de desenvolver a úlcera.</p> <p>Índice 11 - risco muito alto de formação de úlceras</p>	

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO AUTO CUIDADO - Escala de Barthel	
1. ELIMINAÇÃO INTESTINAL	
0 Incontinente (ou precisa de enema)	x Faz supositório de Bisacodil de 48/48h para treino intestinal
1 Acidente ocasional (1 x Semana)	
2 Continente	
2. ELIMINAÇÃO VESICAL	
0 Incontinente/Algaliado	x Algaliada
1 Acidente ocasional (Max 1 x dia)	
2 Continente (mais de 7 dias)	
3. HIGIENE PESSOAL	
0 Necessita de ajuda	x Necessita de ajuda total na higiene pessoal
1 Independente (face, cabelo, dentes, barba)	
4. UTILIZAÇÃO DO WC	
0 Dependente	Ainda não foi ao wc
1 Necessita de ajuda	
2 Independente	
5. ALIMENTAÇÃO	
0 Dependente	x Alimentação Entérica por SNG
1 Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.	
2 Independente	
6. TRANSFERÊNCIA CAMA/CADEIRA	

0 Incapaz	x	Necessita de ajuda total para se transferir para a cadeira
1 Grande ajuda (1-2 pessoas) pode sentar-se		
2 Pequena ajuda (verbal ou física)		
3 Independente		
7. MOBILIDADE		
0 Imobilizado	x	Não se consegue mobilizar sozinha
1 Independente na cadeira de rodas		
2 Deambula com auxílio (verbal ou físico)		
3 Independente (por vezes com ajuda técnica)		
8. VESTUÁRIO		
0 Dependente	x	Necessita de ajuda total para se vestir
1 Necessita de ajuda, mas veste metade sem ajuda.		
2 Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)		
9. ESCADAS		
0 Incapaz	x	Não se consegue mobilizar sozinha
1 Necessita ajuda (verbal ou física)		
2 Independente para subir e descer		
10. BANHO		
0 Dependente	x	Necessita de ajuda total para tomar banho
1 Independente (verbal ou físico)		
TOTAL: 00-04 Muito grave - Totalmente Dependente		
05-09 Grave	“	
10-14 Moderado –	Parcialmente Dependente	Totalmente Dependente
15-19 Ligeiro	“	
20 Independente -	Independente	

AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES 06/10/2012

❖ **Avaliação Funcional da Pessoa/Família/Comunidade**

Vive com esposo que não se sabe se tem condições físicas para cuidar sozinho da Sra X.

❖ **Avaliação do Estado de Consciência**

Score 14 Escala de Glasgow: Abre os olhos espontaneamente; discurso aparentemente orientado quando comunica com cânula de traqueostomia clampada, mas apenas por períodos; obedece a ordens.

❖ **Avaliação da Dor**

Sem dor, Score 1 na Escala do Observador.

❖ **Coordenação Motora/ Equilíbrio**

Sentado, o equilíbrio está presente

❖ **Avaliação Motora/ Avaliação Espasticidade**

Tetraparésia. MSD=2; MID=1; MSE=3; MIE=2.

❖ **Exame Físico**

Maceração inguinal e perianal.

❖ **Avaliação Respiratória**

Amplitude Respiratória normal, sem dispneia. Auscultação pulmonar: Murmúrios Mantidos em todos os segmentos dos lobos esqs e dirs, com Roncos esporádicos mais acentuados a nível dos lobos superiores; Tosse produtiva, eficaz, secreções mucoides.

❖ **Identificação de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão**

Risco muito alto de formação de úlceras, Grau 9 na Escala de Norton

❖ **Grau de Dependência do Auto Cuidado**

Totalmente Dependente, Score 0 na Escala de Barthel

1. Eliminação Intestinal **Faz supositório de Bisacodil de 48/48h para treino** 2. Eliminação Vesical **Algaliado** 3. Higiene Pessoal **Necessita de ajuda total na higiene pessoal** 4. Utilização Do Wc **Ainda não foi ao wc** 5. Alimentação **AE por SNG** 6. Transferência Cama/Cadeira **Necessita de ajuda total para se transferir para a cadeira** 7. Mobilidade **Não se consegue mobilizar sozinha** 8. Vestuário **Necessita de ajuda total para se vestir** 9. Escadas **NA** 10. Banho **Necessita de ajuda total para tomar banho**

Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	Objectivos	Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
<p>Alteração do ambiente seguro relacionado com internamento e manifestado por alteração da dinâmica familiar.</p>	<p>Promover um ambiente seguro envolvendo a família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a possibilidade da Sra. X voltar para a sua casa; - Contactar Assistente Social para avaliar condições físicas e recursos financeiros do esposo; - Perceber as acessibilidades do domicílio, possíveis barreiras arquitectónicas e considerar mudanças estruturais na mesma; - Saber a disponibilidade da família; - Avaliar motivação da Sra. X e dos cuidadores para o processo de reabilitação; - Envolver a Sra. X e os prestadores de cuidados no processo de reabilitação; - Esclarecer a família sobre a importância da promoção de um ambiente de tranquilidade e conforto; - Programar reuniões regulares com o enfermeiro de família do seu Centro de Saúde para discussão do caso e sua evolução; - Promover a acessibilidade de comunicação por parte da família e inter equipa; - Elaborar carta de articulação de acordo com o plano de reabilitação; - Disponibilizar esclarecimento e ajuda psicológica à família 	<p>2/10: Esposo presente na visita do almoço;</p> <p>3/10: Esposo presente na visita do almoço. Atencioso;</p> <p>4/10: Esposo presente na visita do almoço. Interessado no processo de convalescença;</p> <p>8/10: Esposo refere não ter condições económicas para ter a Dona Emília no domicílio.</p> <p>10/10: Esposo a referir interesse em que a Dona Emília seja transferida para o Centro de Reabilitação;</p> <p>16/10: A fisiatra dá indicação para dar seguimento ao internamento Centro de Reabilitação.</p>

JUSTIFICAÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Acidente Vascular Cerebral (AVC), é uma patologia diversa, apresentando um quadro de instalação rápida, com sinais clínicos de disfunção cerebral focal ou global, com sintomas que duram pelo menos 24h ou provocam a morte, apresentando sempre uma aparência catastrófica para o doente e seus familiares (Whisnant et al, 1990).

<p>Déficé de auto-cuidado relacionado com: Distúrbios neuromusculares Distúrbios músculos esqueléticos Distúrbios cognitivos</p> <p>Alteração do estado de consciência relacionado com sequela de HSA Aneurismática e manifestado por déficit cognitivo importante.</p>	<p>Promover o auto-cuidado adequado à sua situação.</p> <p>Reorientar a Sra. X no tempo, espaço e situação.</p>	<p>Promover a implementação de um programa de reabilitação com a Sra. X e a família:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente seguro - Higiene e conforto - Alimentação - Eliminação - Mobilização <p>- Avaliar o grau de alteração cognitiva;</p> <p>- Proporcionar estimulação sensorial: estimular presença de familiares, utilizar gravação de familiares, fotos de pessoas conhecidas, música favorita, além de objetos do cotidiano, como relógio, calendário, jornais e revistas falar antes de tocar, - Os familiares devem conversar com a Sra. X, lembrar-lhe acontecimentos recentes, pessoas e locais significativos– Oferecer oportunidades da Sra.X iniciar actividades simples e responder de maneira interativa.</p> <p>- Utilizar terapia de estimulação usando o treino como estimulação do sistema cognitivo:</p> <p>. Treinar a atenção/concentração para procurar melhorar a habilidade de focar, dividir e alternar a atenção,</p>	<p>02/10: Abre os olhos espontaneamente; obedece a ordens. Discurso repetitivo, não apresentando raciocínio;</p> <p>8/10: Consegue identificar pessoas e apresenta já um discurso aparentemente orientado;</p> <p>15/10: Ainda não consegue estar orientada no tempo, mas já apresenta orientação a nível do espaço e relativamente a eventos no passado.</p>
---	---	--	---

além de mantê-la mesmo com a intervenção de elementos distratores;

- . Treinar estratégias para oferecer oportunidade de aplicar diferentes estratégias em variadas situações;

- . Treinar condicionamento através de estímulos/respostas para desmembrar o comportamento em pequenas partes que podem ser treinadas separadamente e depois integradas para a realização de tarefas mais complexas;

- Propor actividades que envolvam a exploração ou manipulação de materiais nas áreas do espaço negligenciadas pelo doente para problemas de negligência de estímulos

- Estimular funções auditivas, realizando exercícios como seguir o som de palmas num ambiente semi-escuro, ou funções visuais, como perceber os elementos que compõem um ambiente, a Sra. X deve receber tarefas simples que a façam realizar discriminação entre situações, como por exemplo, dirigir-se apenas à região onde as palmas são fortes.

- Estimular o olfacto através do uso do seu perfume favorito e de odores que lhe são agradáveis;

- Oferecer uma revista para a Sra. X folhear, com diferentes imagens de pessoas e perguntar que pessoa é a mais alta, a mais baixa, a que tem olhos claros, etc para focar a atenção.

JUSTIFICAÇÃO

O hemisfério direito possui uma grande capacidade de processar informações visuais e espaciais. O reconhecimento de objectos, a posição de partes do corpo durante um movimento e a relação espacial de objectos e fronteiras estão relacionadas a com o hemisfério direito. Este hemisfério pode ser chamado “sintetizador”, aquele que trata o todo ao invés de partes. O hemisfério direito está associado também, ao comportamento emocional.

Na avaliação cognitiva do doente a localização da lesão constitui apenas uma informação inicial, pois devido ao funcionamento integrado das diversas partes do cérebro, uma lesão pode causar deficiências muito mais profundas do que aquelas associadas a áreas específicas.

<p>Dificuldade na comunicação relacionado com lesão cerebral manifestado por alterações da linguagem.</p>	<p>Estabelecer uma boa comunicação com a Sra X.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar disfasia;- Interpretar a postura física que transmite mensagens não verbais;- Dar instruções simples e uma de cada vez;- Usar palavras simples e frases curtas;- Ser paciente e aguardar pela resposta.	<p>2/10: Sra X apresenta apenas discurso repetitivo;</p> <p>6/10: Quando apresenta cânula de TQT clampada, consegue apresentar discurso aparentemente com raciocínio;</p> <p>8/10: Discurso já elaborado, respondendo adequadamente às questões que lhe são colocadas;</p> <p>15/10: Bastante expressiva na comunicação mas ainda algo lentificada nas expressões que utiliza;</p> <p>22/10: Aparenta humor depressivo, pois á medida que vai estando mais consciente, está-se a aperceber das suas limitações físicas.</p>
---	---	---	---

<p>Alteração do equilíbrio postural relacionado com lesão cerebral manifestado por Tetraparésia, mais acentuada à direita.</p>	<p>Recuperar o equilíbrio postural.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado; - Fazer levante para a cadeira de rodas diariamente; - Colocar almofada de gel na cadeira, almofadas e superfície de trabalho para manter posicionamento antiespástico; - Executar técnicas de transferência; - Executar técnicas de exercícios musculares e articulares. 	<p>02/10: Sentada, o equilíbrio está presente É totalmente dependente na transferência para a cadeira, utiliza-se elevador.</p> <p>10/10: Colocação em posição de pé, ainda sem manutenção de postura adequada;</p> <p>15/10: Algum retrocesso a nível do equilíbrio dinâmico e estático quando sentada;</p> <p>21/10: Colocação de posição de pé, faz força mantida a nível de ambos os MInfs, não conseguindo ainda dar passos.</p>
--	---	--	---

<p>Risco de contracturas, rigidez articular e perda de massa e força muscular relacionado com lesão cerebral manifestado por tetraparésia, mais acentuada à direita.</p>	<p>Aumentar a massa e força muscular, manter a amplitude de movimentos e melhorar a mobilidade.</p>	<p>- Determinar as amplitudes de movimento possíveis e posteriores ganhos;</p> <p>- Monitorizar sensibilidade e força muscular;</p> <p>- Executar programa de exercícios de amplitude de movimentos passivos do hemicorpo Dto. e activos/activos resistidos do hemicorpo Esq. para manutenção da amplitude e mobilidade articular, estimular a sensibilidade superficial e aumentar a força muscular: Art. Escápulo-umeral esq. (flexão-180°/extensão-0°, abdução-120°/adução-0°/ rotação interna-100°/externa-80°), Art. Escápulo-umeral dir. (flexão-120°/extensão-0°, abdução-90°/adução-0°/ rotação interna-80°/externa-60°), Cotovelo esq.(extensão-0°/flexão-150°), Cotovelo dir. (extensão-30°/flexão-120°), Antebraço (pronação/supinação), Punho (extensão-85°/flexão-85°/ desvio radial-15°/cubital-35°) e dedos (abdução/adução, flexão/extensão - oponência do polegar), Coxo-femural (abdução-45°/adução0°/ flexão-120°/extensão-20°/ rotação interna-30° /externa-60°), Joelho (flexão120°/extensão-0°) e tíbio-társica (flexão plantar-45° /dorsiflexão-20°), Pé (eversão-20°/inversão-30°) e estiramento do tendão de Aquiles), 1 vez por dia;</p> <p>- Ensinar, treinar e encorajar a realização de exercícios terapêuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rolamento sobre o lado são para aumentar a força muscular (Identificar sempre o lado para onde vai rolar para corrigir perturbações de lateralidade); 	<p>Pequenas limitações articulares no hemicorpo esq. Apresenta limitação da articulação</p>
--	---	---	---

		<p>colaboração para aumentar a confiança.</p>	<p>interna/externa, nenhum movimento)</p> <p>M. Inf. (realiza o movimento parcial de extensão dos dedos; Pé - eversão/inversão, contração muscular sem movimento; Art. tibio-társica - flexão plantar/dorsiflexão, realiza o movimento parcial; Joelho – flexão, contração muscular sem movimento ; extensão, realiza o movimento parcial; Art. Coxo-femural – abdução, contração muscular sem movimento; adução, realiza o movimento parcial; flexão/extensão/ rotação interna/externa, nenhum movimento)</p> <p>Força de Grau 3 no hemicorpo esq. Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial</p> <p>Sensibilidade mantida no hemicorpo dir. e no hemicorpo esq. Necessita de ajuda total para fazer rolamentos sobre o lado são e o lado afectado</p> <p>Consegue elevar um pouco a anca quando se faz a ponte Necessita de ajuda total para elevar membro superior dto. com ajuda do membro superior esq.</p>
--	--	---	---

JUSTIFICAÇÃO

A fraqueza muscular é refletida pela incapacidade ou impedimento de gerar força em graus normais e desejados (Teixeira-Salmela LF, 1999)

Segundo Shepherd RB (2001) o fortalecimento da musculatura parética promove a melhoria da capacidade funcional. Além disso, a autora sugere que a espasticidade pode ser controlada pelo ganho de controle motor.

As atividades que precisam de ser desempenhadas para alcançar a independência funcional podem ser classificadas como atividades de mobilidade (posicionamento no leito, transferências), higiene, alimentação, vestuário e controle urinário e fecal (Kottke FJ. 1994).

A espasticidade normalmente exige o recurso a medicação. No entanto o enfermeiro de reabilitação poderá recorrer a um conjunto de técnicas que incluem posicionamentos adequados, massagem de relaxamento e exercícios musculares e articulares que contrariem a espasticidade, prevenindo complicações que daí podem advir.

Os exercícios de amplitude do movimento são realizados para manter a mobilidade das articulações e dos tecidos moles de modo a minimizar a perda de flexibilidade dos tecidos e a formação de contracturas (Kisner e Colby, 2005).

A percepção visual dá significado a toda a informação que entra pelos olhos, através da atividade de neurônios no córtex visual primário, que se situa no lobo occipital. O sistema perceptual visual processa as características de forma, profundidade, e tamanho de figura, e ainda, texturas de superfícies e orientação de linhas, que formam parte da percepção espacial. Durante o movimento, as relações espaciais do movimento do corpo são integradas com a percepção do espaço que é usado.

As lesões cerebrais, principalmente no lado direito, podem ocasionar incapacidade de orientar os estímulos no lado oposto ao da lesão, gerando falta de respostas automáticas (síndrome da negligência) e desordens na representação mental do espaço.

Alteração da Respiração relacionado com imobilidade no leito e presença de traqueostomia manifestada por tosse ineficaz e estase de secreções brônquicas.	Manter permeabilidade das vias aéreas de forma adequada.	<ul style="list-style-type: none">- Monitorizar FR. Monitorizar Saturação Periférica de Oxigénio (SPO2);- Auscultar tórax antes de se iniciarem manobras para mobilização das secreções;- Identificar segmentos / lobos pulmonares a serem drenados;- Vigiar as características da respiração;- Executar actividades para mobilização das secreções	10/04 - FR 18 cpm, SatO2 97 %. Amplitude Respiratória normal, sem dispneia. Auscultação pulmonar: Murmúrios Mantidos em todos os segmentos dos lobos esqs e dirs; Tosse produtiva, eficaz, secreções brônquicas (SB) mucóides; 15/4: Apresenta SB mais espessas e amareladas;
---	--	---	--

		<p>(drenagem postural modificada; vibrações e percussões torácicas, exercício de abertura costal global), quando se ouvem ruidos adventícios;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspirar secreções sempre que necessário; - Observar as características das secreções e quantidade; - Realizar aerosoloterapia com soro fisiológico quando as secreções são espessas; - Repetir manobras para mobilização das secreções; - Reforçar a hidratação oral. 	<p>21/10: SB mais fluidas e esbranquiçadas.</p>
<p>JUSTIFICAÇÃO</p> <p>A imobilidade no leito pode levar à estase de secreções e consequentemente levar à ineficácia da limpeza das vias aéreas, pelo que é fundamental manter a permeabilidade das vias aéreas, adquirir perícia nas técnicas dirigidas para a optimização da ventilação, eficácia da tosse, prevenção da perda de mobilidade torácica e o aparecimento de padrões respiratórios substitutos ineficientes.</p>			

<p>Risco muito elevado de úlcera de pressão relacionado com imobilidade no leito e por apresentar Índice 11 na escala de Norton manifestado por maceração inguinal e perineal.</p>	<p>Restabelecer a integridade cutânea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a pele e mucosas limpas e hidratadas - Fazer alternância de decúbitos de 3/3h. - Utilizar dispositivos auxiliares de alívio de pressão - Massajar e lubrificar a pele com creme hidratante e regenerador em áreas de risco: <p>Decúbito dorsal: região occipital, omoplatas, cotovelos, região sacro-coccigea e calcâneos</p> <p>Decúbito lateral: pavilhão auricular, ombro, trocanter e maléolos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir ingestão hídrica/nutricional adequada; - Registrar alterações cutâneas; - Promover o levante do doente; - Protecção da pele na região perineal e inguinal com aplicação de óxido de zinco. 	<p>02/10: Pele macerada na região internadegueira devido a dejeções diarreicas abundantes (infecção por clostridium difificilis identificado a 4/10. Iniciada aplicação de olidermil;</p> <p>8/10: Mantém maceração inguinal, mais acentuada á dta, mantendo aplicação de olidermil;</p> <p>15/10: Identificação de pequena fissura no sulco intra-nadegueiro, aplicado olidermil. Mantém maceração inguinal e respectivo tratamento;</p> <p>21/10: Fissura no sulco Intra-nadegueiro resolvida. Mantém maceração inguinal e respectivo tratamento.</p> <p>24/10: Resolvido problema da fissura intra-nadegueira.</p>
--	--	--	---

JUSTIFICAÇÃO

O aparecimento das úlceras de pressão deve-se a um conjunto de factores intrínsecos (vascular, neurológico e tróficos) e extrínsecos (pressão, fricção, estiramento, maceração e temperatura local. (Lemoine e Colin, 1990; in Pereira, 2005).

A utilização das escalas de avaliação de risco de uma forma sistemática, origina uma optimização do trabalho e dos recursos existentes. (Culley, 1999).

A sua aplicação auxilia no controlo dos factores de risco de úlceras de pressão e prevê que determinados cuidados sejam assegurados como são: a avaliação da pele, a optimização de meios auxiliares de posicionamento.

“O posicionamento correcto é muito importante, pois visa distribuir o peso pela maior área possível, evitando carga nas proeminências ósseas”. (LaMantia, 2000, p.323)

“ as variáveis que influenciam a frequência com que o doente tem que mudar de posição são o conforto, a quantidade de movimento espontâneo, o edema, a perda sensorial, o estado global (físico e mental) e o tempo.” (...) A perda de sensação, a paralisia, o coma e o edema são indicações para mudanças de posicionamento de 2/2H ou até com maior frequência, visto que o utente é incapaz de informar a enfermeira do seu desconforto ou dor e visto que o tecido edemaciado paralizado é mais sensível à pressão que o tecido normal”. (Borgamn-Gainer, 2000, p.269)

Totalmente dependente no Autocuidado Higiene relacionado com Tetraparésia mais acentuada à direita	Capacitar a Sra. X no autocuidado Higiene	<ul style="list-style-type: none">- Procurar abordar a Sra. X sempre que possível pela direita;- Nomear todas as partes do seu corpo tocadas e o respectivo lado (Dto. /Esq.) e proporcionar a possibilidade de lavar o seu lado Dto. para aumentar a capacidade de se cuidar;- Proporcionar a possibilidade de se ver ao espelho (para se pentear p ex);- Ter particular atenção à higiene oral, unhas, cabelos e pele;- O banho na cama, permite executar exercícios terapêuticos (rolar sobre o lado são; rolar sobre o lado afectado; ponte);- Avaliar o autocuidado higiene e aprendizagem de capacidades para o autocuidado.	02/10: Toma banho diário no leito com ajuda total; 8/10: Mantém dependência total na higiene; 15/10: Incentivada na sua higiene, coma a sua mão Esq. com pouca colaboração da doente;
--	---	---	---

JUSTIFICAÇÃO

A paralisia ou parésia do membro superior, a sensibilidade diminuída, a descoordenação dos movimentos, a desorientação espaço-temporal, alteram a capacidade de exercer a actividade de higiene e arranjo pessoal.

Compromissos cognitivos na capacidade para raciocinar ou/e resolver problemas, torna a comunicação difícil. Por vezes é difícil fazer entender à pessoa a necessidade da higiene.

A segurança é importante e pode estar comprometida por alterações sensoriais: alterações da visão, alterações auditivas, alterações do tacto e alterações de equilíbrio.

<p>Totalmente dependente no Autocuidado Comer e Beber relacionado com Tetraparésia, mais acentuada à direita e possível disfagia.</p>	<p>Capacitar a Sra. X no autocuidado Comer e Beber</p>	<ul style="list-style-type: none">- Abordar sempre que possível pelo lado esquerdo;- Testar deglutição;- Posicionar em decúbito dorsal, em padrão anti anti-espástico (inclinação da cabeça para o lado direito e rotação para o lado esquerdo) com a cabeceira elevada para facilitar a mastigação e deglutição dos alimentos;- Oferecer alimentos de acordo com a capacidade de mastigação (quando há problemas de deglutição deve evitar-se consistência líquida);- Sentar à mesa e colocar prato, copo e alimentos do lado afectado;- Certificar que não há retenção de alimentos;- Permitir uma alimentação equilibrada;- Prevenir acidentes (proporcionar alimentos a temperaturas tépidas);- Melhorar o controlo sobre a deglutição (proporcionar a possibilidade de se alimentar usando a mão sã e se possível a	<p>02/10- Indicação da Terapeuta da Fala para não se alimentar oralmente devido a possível disfagia.</p> <p>20/10- Ainda sem tentativa de alimentação oral</p>
---	--	--	--

		<p>mão afectada) para aumentar a capacidade de se alimentar autonomamente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certificar que a doente vê a comida e os objectos que deve manusear, colocando-o nos lugares adequados para minimizar efeitos de eventual diminuição da acuidade visual; - Identificar clara e repetidamente se necessário todos os objectos que se deve usar e as respectivas funções (falar de frente para a Sra. X) para melhorar a sua compreensão 	
<p>Totalmente dependente no Autocuidado Vestir e Despir relacionado com: Tetraparésia, mais acentuada à Dta.</p>	<p>Capacitar a Sra. X no autocuidado Vestir e Despir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vestir a Sra. X após os cuidados de higiene. - Utilizar vestuário prático e adaptado à temperatura ambiente. - Vestir primeiro o membro superior Dto., despir primeiro o membro superior Esq. Para vestir as calças as, inicia-se vestindo primeiro membro não afectada 	<p>2/10: Necessita de ajuda total para se vestir; 10/10: Incentivada no vestir as calças e a camisa com pouca colaboração da doente; 20/10: Doente esforça-se para puxar as suas calças no vestir-se e para vestir a camisa de dormir;</p>
<p>JUSTIFICAÇÃO</p> <p>A forma de vestir pode aumentar o respeito por si próprio, melhora a sua aparência</p> <p>A privação da roupa representa perda de liberdade para qualquer pessoa, o mesmo acontece quando se usam roupas que não são da sua escolha.</p> <p>A mudança de roupa marca a diferença entre o dia e a noite</p>			
<p>Padrão vesical caracterizado por bexiga neurogénica desinibida Relacionado com situação de HSA</p>	<p>Reduzir a frequência ou evitar as perdas involuntárias de urina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter um registo detalhado da ingestão hídrica e eliminação. - Observar características e quantidade de urina eliminada. - Retirar algália logo que melhore a úlcera da região sagrada 	<p>02/10- Ainda não foi retirada algália; 15/10: Foi desalgaliada. 18/10: Incentivada a pedir arrastadeira sempre que apresente vontade de urinar; ainda sem sucesso; 24/10: Oferecida arrastadeira á Sra. X, tendo a mesma tentado urinar na</p>

			mesma sem sucesso;
<p>JUSTIFICAÇÃO</p> <p>“A bexiga neurogénica desinibida resulta de uma disrupção do feixe corticoregulador ou de um mau funcionamento do centro supra-espinhal que regula a micção.” Hoeman, 1996, pág. 462</p>			

<p>Padrão intestinal caracterizado por intestino neurogénico desinibido relacionado com situação de HSA</p>	<p>Regularizar o padrão de eliminação intestinal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer estratégias usadas habitualmente; - Identificar hábitos alimentares e padrão de eliminação; - Proporcionar alimentos com alto teor em fibras; - Avaliar o padrão intestinal; - Fazer treino intestinal; - Modificar o programa de treino intestinal de acordo com as necessidades. 	<p>02/10- Doente com diarreias com cheiro fétido (infecção por clostridium difficile identificado a 4/10); 14/10: Doente com diarreias com cheiro fétido; 24/10: Doente com diarreias com cheiro fétido. Oferecida arrastadeira à Sra. X, tendo a mesma tentado evacuar na mesma sem sucesso</p>
<p>JUSTIFICAÇÃO</p> <p>O intestino neurogénico é consequência da interrupção completa das vias nervosas, a sensibilidade intestinal e nadegueira estão abolidas, os reflexos anal e bulbocavernoso presentes. É possível desenvolver um estímulo resposta do controlo intestinal, usando o reflexo de massa. Quando as fezes se acumulam na ampola rectal e a distendem, provocam o esvaziamento reflexo do intestino.</p> <p>A imobilidade é um factor acrescido que pode levar à obstipação. (Hoeman, 2000)</p>			
<p>Défice de conhecimentos da família relacionado com prestação de cuidados nas AVDs.</p>	<p>Capacitar a família a prestar cuidados na estimulação da cognição e na prestação de cuidados nas AVDs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar dificuldades da família e identificar familiar que tem condições para receber a Sra. X; - Elaborar carta de alta para acompanhar a Sra. X para os Cuidados Continuados do respectivo Centro de Saúde; - Contactar a família para fazer ensino e elaborar folheto orientador de cuidados para estimular a cognição, a força muscular, a mobilidade com o objectivo de a curto prazo a Sra. X conseguir voltar a adquirir capacidade para realizar as suas actividades 	<p>10/10: Esposo refere não ter condições para levar a doente p o domicílio</p>

de vida diária.

CARTA DE ALTA PARA ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE

Sra. X, 57 anos vitima de HSA Aneurismática a 5/8/2012

Avaliação Funcional da Pessoa/Família/Comunidade

Avaliação do Estado de Consciência

Score 14, confusa.

Avaliação da Dor

Sem dor, Score 1 na Escala do Observador.

Coordenação Motora/ Equilíbrio

Sentado, o equilíbrio está presente.

Avaliação Motora/ Avaliação Espasticidade

Hemiparésia flácida à dta. Força de Grau 2 no hemicorpo dta; M. Sup. (realiza o movimento parcial de flexão/extensão dos dedos; abdução/adução/ oponência do polegar, contração muscular sem movimento; Punho- extensão/flexão/ desvio radial/cubital , contração muscular sem movimento; Antebraço - pronação/supinação, contração muscular sem movimento; Cotovelo – flexão, realiza o movimento parcial, extensão, realiza o movimento parcial; Art. Escápulo-umeral – flexão/extensão/ abdução, contração muscular sem movimento; , adução, realiza o movimento parcial ; rotação interna/externa, nenhum movimento)

M. Inf. (realiza o movimento parcial de extensão dos dedos; Pé - eversão/inversão, contração muscular sem movimento; Art. tíbio-társica - flexão plantar/dorsiflexão, realiza o movimento parcial; Joelho – flexão, contração muscular sem movimento ; extensão, realiza o movimento

parcial; Art. Coxo-femural – abdução, contração muscular sem movimento; adução, realiza o movimento parcial; flexão/extensão/ rotação interna/externa, nenhum movimento). Força de Grau 3 no hemitorço esquerdo, realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial.

Exame Físico

Discreta alteração da cor da pele decorrente de zona de pressão na região sacro-coxígea.

Avaliação Respiratória

Executar actividades para mobilização das secreções (drenagem postural modificada). Amplitude Respiratória normal, sem dispneia.

Auscultação pulmonar: Murmúrios Mantidos em todos os segmentos dos lobos esquerdos e direitos; Tosse produtiva, eficaz, secreções mucóides.

Identificação de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão

Risco muito alto de formação de úlceras, Grau 9 na Escala de Norton, pela elevada imobilidade e pela incontinência total vesical e intestinal.

É totalmente dependente no Auto Cuidado

PRESCRIÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO

Orientar a família para proporcionar estimulação sensorial;

O ambiente deve ser familiar e conter elementos agradáveis para a Sra. X, tais como, fotografias de pessoas conhecidas, música favorita, além de objetos do quotidiano, tais como, relógio, calendário, jornais e revistas. Deve folhear uma revista com diferentes imagens de pessoas e perguntar que pessoa é a mais alta, a mais baixa, a que tem olhos claros, etc. A Sra. X deve ter somente uma tarefa para fazer de cada vez e ser incentivada a concentrar-se em cada tarefa específica.

Orientar os familiares para abordar a Sra. X sempre que possível pelo lado Dto. Obrigar a olhar o lado afectado e o espaço desse lado para facilitar a reintegração do corpo: colocar a mesa-de-cabeceira e a televisão do lado Dto. ; colocar a cama de forma a obrigar a olhar para o lado

Dto. para ver a porta ou a janela.

Fazer levantar para a cadeira de rodas diariamente (totalmente dependente na transferência para a cadeira, sentada, o equilíbrio está presente). As meias elásticas são colocadas após os cuidados de higiene. É colocada almofada de gel na cadeira e almofadas e superfície de trabalho para manter posicionamento antiespástico.

Revelar sempre o que se vai fazer e pedir a sua colaboração para aumentar a confiança.

Executar programa de exercícios de amplitude de movimentos passivos do hemicorpo Dto. e activos/activos resistidos do hemicorpo Esq. para manutenção da amplitude e mobilidade articular, estimular a sensibilidade superficial e aumento da força muscular: Art. Escápulo-umeral Dto. (flexão-90°/extensão-0°, abdução-90°/adução-0°/ rotação interna-100°/externa-80°), Art. Escápulo-umeral Esq. (flexão-180°/extensão-0°, abdução-180°/adução-0°/ rotação interna-100°/externa-80°), Cotovelo Dto. (extensão-0°/flexão-150°), Cotovelo Esq. (extensão-30°/flexão-150°), Antebraço (pronação/supinação), Punho (extensão-85°/flexão-85°/ desvio radial-15°/cubital-35°) e dedos (abdução/adução, flexão/extensão - oponência do polegar), Coxo-femural (abdução-45°/adução0°/ flexão-120°/extensão-20°/ rotação interna-30° /externa-60°), Joelho (flexão120°/extensão-0°) e túbio-társica (flexão plantar-45° /dorsiflexão-20°), Pé (eversão-20°/inversão-30°) e estiramento do tendão de Aquiles), 1 vez por dia.

Sem limitações articulares no hemicorpo Esq.

Sensibilidade mantida no hemicorpo direito e hemicorpo esquerdo. Ensinar, treinar e encorajar a realização de exercícios terapêuticos no leito:

- Rolamentos sobre o lado são para aumentar a força muscular (identificar sempre o lado para onde vai rolar para corrigir perturbações de lateralidade)
- Rolamento sobre o lado afectado para estimular a sensibilidade superficial e postural; pela carga inibe a instalação da espasticidade
- Ponte para aumentar a força de grupos musculares fundamentais à marcha e a outras actividades como por ex. colocar a arrastadeira
- Elevação do membro superior afectado com ajuda do membro superior são

Necessita de ajuda total para fazer rolamentos sobre o lado são e o lado afectado. Consegue elevar um pouco a anca quando se faz a ponte.

Necessita de ajuda total para elevar membro superior esq. com ajuda do membro superior dir.

Massajar e lubrificar a pele com creme hidratante e regenerador em áreas de risco:

- Decúbito dorsal

Região occipital, omoplatas, cotovelos, região sacro-coccigea e calcâneos

- Decúbito lateral

Pavilhão auricular, ombro, trocanter e maléolos

Dar banho com ajuda total.

Abordar a Sra. X sempre que possível pelo lado Dto., nomear todas as partes do seu corpo tocadas e o respectivo lado (dto/esq) e proporcionar a possibilidade de lavar o seu lado Dto. para aumentar a capacidade de se cuidar; proporcionar a possibilidade de se ver ao espelho (para se pentear p ex); ter particular atenção à higiene oral, unhas, cabelos e pele.

O banho na cama, permite executar exercícios terapêuticos (rolar sobre o lado são; rolar sobre o lado afectado; ponte).

Avaliar aprendizagem de capacidades para o autocuidado.

Vestir a Sra. X com ajuda total.

Utilizar vestuário prático e adaptado à temperatura ambiente e de acordo com a sua preferência; vestir primeiro o membro superior Dto., despir primeiro o membro superior Esq. Para vestir as calças as, vestir primeiro membro não afectada.

Orientar a família para ajudar na alimentação.

Posicionar em decúbito dorsal, em padrão anti anti-espastico (inclinação da cabeça para o lado direito e rotação para o lado esquerdo) com a cabeceira elevada para facilitar a mastigação e deglutição dos alimentos, oferecer alimentos de acordo com a capacidade de mastigação; Sentar à mesa e colocar prato, copo e alimentos do lado Dto; certificar que não há retenção de alimentos; permitir uma alimentação equilibrada; prevenir acidentes (proporcionar alimentos a temperaturas tépidas), aumentar a força muscular dos musculos mastigadores; melhorar o controlo sobre a deglutição (proporcionar a possibilidade de se alimentar usando a mão sã e se possível a mão afectada) para aumentar a capacidade de se alimentar autonomamente; certificar que a Sra. X vê a comida e os objectos que deve manusear, colocando-o nos lugares adequados para minimizar efeitos de eventual diminuição da acuidade visual; identificar clara e repetidamente se necessário todos os objectos que se deve usar e

as respectivas funções (falar de frente para a Sra. X) para melhorar a sua compreensão.

Orientar a família no treino vesical:

Manter um registo detalhado da ingestão hídrica e eliminação; observar características e quantidade de urina eliminada; estimular a urinar antes de a bexiga estar suficientemente cheia para desencadear o reflexo da micção; programar a ingestão de líquidos a fim de antecipar a micção (avaliação e registo da eliminação é fundamental); restringir os líquidos após as 18h para prevenir perdas nocturnas. Tem urinado na fralda.

Orientar a família no treino intestinal:

Faz supositório de Bisacodil de 48/48h para treino intestinal (tem fezes pastosas diárias).

Proporcionar alimentos com alto teor em fibras; modificar o programa de treino intestinal de acordo com as necessidades.

APÊNDICE VI

Estudo de caso de doente X

Estudo de Caso de Pessoa com HSA por Rutura de Aneurisma

Intervenções da Enfermagem de Reabilitação

Aluno de Enfermagem de Reabilitação:
Bruno José Almeida Pereira

História clínica

- A Sra. X apresenta 57 A, tem como AP HTA, é casada, vive com o esposo, tem 2 filhos e 1 neta e é dona de uma mercearia, a trabalhar ativamente.
- A 5/08/2012 apresenta quadro de prostração, dispneia e crise convulsiva no domicílio, razão pela qual é transportada para Hospital do Montijo onde foi ventilada e posteriormente transportada para HA para a UCIDI. Fez TAC CE que revela HSA com múltiplos enfartes corticais multiterritoriais (ACA + ACM + ACP) de etiologia hipóxico-isquémica grave. Foi submetida a embolização do Aneurisma do topo da artéria basilar de pequenas dimensões com 3 coils e respetiva exclusão do aneurisma a 6/8/2012.

Avaliação Inicial (Outubro 2012)

- AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA
- EXAME NEUROLÓGICO:
 - ESTADO MENTAL;
 - PARES CRANIANOS;
 - MOTRICIDADE;
 - SENSIBILIDADE;
 - EQUILÍBRIO;
 - MARCHA.

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

- Amplitude Respiratória: Diminuída;
- FR=22/26 cpm;
- Traqueostomizada, com O₂ por traquivent a 3l/m, mantendo SatO₂>96%;
- Secreções Brônquicas semifluidas esbranquiçadas em moderada quantidade, com necessidade de se aspirar em SOS;
- Auscultação Pulmonar: Murmúrio Vesicular mantido em todos os lobos;
- Ruídos Adventícios com presença de roncos dispersos nos lobos superiores.

EXAME NEUROLÓGICO

- Estado Mental

- Estado de consciência: Score Glasgow de 9 (Abertura espontânea ocular, Resposta verbal com palavras inapropriadas e Resposta motora com localização da dor) ;
- Estado de orientação: Apresentava uma desorientação Auto-psíquica e Alopsíquica;
- Atenção: Apresentava um estado de hipovigilância e de hiporeactividade;
- Memória: A doente apenas apresentava memória sensorial não aparentava possuir memória imediata ,memória recente e memória remota.

Exame Neurológico

- Estado Mental

- Linguagem: Apesar de comunicar por períodos com a traqueostomia clampada, apresentava *discurso espontâneo* muito reduzido, com pouca *compreensão* .A *nomeação* estava completamente abolida. Na *repetição* conseguia muito esporadicamente repetir frases.
- Capacidades Práticas: Sem força, sensibilidade e coordenação suficientes para executar qualquer tipo de gestos;
- Negligência Hemiespacial Unilateral: Apresentava indícios de que estaríamos perante um quadro de *neglect* ou de compensação homolateral.

Exame Neurológico

Avaliação dos Pares Cranianos

Nº	Nervo	Função
I	Olfativo	Olfato
II	Ótico	Visão
III	Motor Ocular Comum	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho
V	Trigémio	Controlo dos movimentos da mastigação e perceções sensoriais da face e dentes
VI	Motor Ocular Externo	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho

Exame Neurológico

Avaliação dos Pares Cranianos

Nº	Nervo	Função
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais - mímica facial - e perceção gustativa no 1/3 anterior da língua
VIII	Auditivo	Orientação, movimento e audição
IX	Glosso-faríngeo	Perceção gustativa no 1/3 posterior da língua, perceções sensoriais da faringe, laringe e palato
X	Vago	Perceções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras
XI	Espinal	Controlo Motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio
XII	Hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição, articulação das palavras)

Exame Neurológico

- Motricidade

- Força Muscular: Força Grau 2 no MSD , Força Grau 1 no MID, Força Grau 3 no MSE e Força Grau 2 no MIE;

- Tônus Muscular: Sem sinais de espasticidade muscular;

- Coordenação Motora: Apresentava Dismetria, ou seja, dificuldade para colocar os membros corretamente durante o movimento voluntário-

- Sensibilidade

- Superficial: Apresentava ligeira diminuição da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa a nível do Hemicorpo Dto.;

- Profunda: Ligeira diminuição do sentido de pressão e da sensibilidade vibratória a nível do Hemicorpo Dto.

Exame Neurológico

- Equilíbrio

- Estático: Sentada no leito apresentava equilíbrio ainda deficitário;

- Dinâmico: Sem equilíbrio dinâmico ainda presente.

- Marcha

- Sem marcha autónoma.

Funções alteradas

- Alterações Respiratórias;
- Alteração da Mobilidade;
- Alteração da Linguagem;
- Alteração da Funções Cognitivas;
- Alteração da Deglutição;
- Alteração do Padrão Intestinal e Vesical;
- Alteração da Integridade Cutânea;
- Alteração da Sexualidade;
- Alteração Emocional e Social.

DIAGNÓSTICOS INICIAIS (06/08/2012)

- **Expectorar** *ineficaz, em grau elevado*
- **Risco de Hipóxia**
- **Risco de Úlcera de Pressão**
- **Risco de Anquilose**
- **Risco de Obstipação**
- **Posicionar-se**, *dependente em grau elevado*
- **Auto-cuidados Higiene, Vestuário e Uso do Sanitário**, *dependente em grau elevado.*
- **Alimentar-se**, *dependente em grau elevado*
- **Dor** *presente e inespecífica*
- **Consciência**, *alterado em grau muito elevado*
- **Ferida Cirúrgica**, PIC e DVE (6/8/2012), TQT (25/8)

DIAGNÓSTICO

Expectorar ineficaz, em grau moderado

INTERVENÇÕES:

- Monitorizar a SatO2 (0h, 13h 19h);
- Monitorizar F.R. (0h, 13h, 19h) ;
- Vigiar a ventilação;
- Vigiar reflexo de tosse;
- Vigiar Traqueostomia;
- Vigiar a expectoração;
- Executar cinesiterapia respiratória (SOS);
- Ensinar, instruir e treinar técnica respiratória (SOS);
- Ensinar, instruir e treinar técnica de tosse (SOS);
- Incentivar tossir (SOS);
- Estimular reflexo da tosse (SOS);
- Optimizar o posicionamento - Especif.: ligeira Inclinação lateral da cama para drenagem postural;
- Optimizar e Gerir Oxigenoterapia (sem horário);
- Optimizar e Gerir Traqueostomia (sem horário) ;
- Aspirar secreções (SOS).

DIAGNÓSTICO

Expectorar ineficaz, em grau moderado

CINESITERAPIA RESPIRATÓRIA

- Atmosfera húmida
- Drenagem postural com inclinação lateral da cama
- Manobras acessórias
- Dissociação dos tempos respiratórios
- Exercícios abdomino-diafragmáticos
- Treino da técnica da tosse e tosse dirigida
- “Desmame” da Traqueostomia

DIAGNÓSTICO

Expectorar *ineficaz*, em grau moderado

EVOLUÇÃO

- Doente colaborante na cinesiterapia respiratória;
- “Desmame” da Traqueostomia lento e moroso devido a estenose supracanular identificado em TAC a 10/11 e a infecção por *clostridium*;
- Retirada TQT a 10/11 após observação por ORL com sucesso, iniciando discurso e deglutição sem problemas.
- **Sat O2** 96-99% (períodos esporádicos em que baixava para os 90%);
- **O2** entre 1l/m e 5l/m por *traquivent até 10/11, altura em que foi retirada TQT*;
- **Ventilação:** inicialmente superficial até final de Outubro, depois normal;
- **Tosse** inicialmente ineficaz, passou a ficar eficaz no início de Nov.
- **Expectoração** – oscilou entre esbranquiçada e purulenta; de espessa a fluida e de abundante a escassa. A partir de 10/11 “deglutia” as SB.
- PASSOU A GRAU MODERADO A 24/09 E FOI DADO TERMO A 17/11

DIAGNÓSTICO

Risco de Anquilose

INTERVENÇÕES:

- *Vigiar a força muscular (15h e SOS);*
- *Vigiar movimento articular (SOS);*
- *Executar movimento articular passivo (SOS);*
- *Ensinar sobre exercícios musculo articulares ativos (SOS).*

DIAGNÓSTICO

Risco de Anquilose

REABILITAÇÃO MOTORA

- Estratégias/Atividades Terapêuticas:
 - Facilitação Cruzada;
 - Indução de Restrições;
 - Estimulação Sensorial;
 - Programa de mobilizações (Exercícios musculo-articulares passivos e ativos assistidos dos quatro membros;
 - Atividades Terapêuticas (Rolar, Ponte, Rotação Controlada da Coxo-Femural, Auto-Mobilização, Carga no Cotovelo, Exercícios de equilíbrio, Levante, Transferência, Treino de Marcha Controlada).

DIAGNÓSTICO

Risco de Anquilose

EVOLUÇÃO

- Doente colaborante nos exercícios de reabilitação motora;
- Boa evolução a nível do Hemicorpo dto.
- Manteve amplitudes articulares exceto a nível do ombro dto. com ligeira limitação;
- Evolução de Graus de força muscular nos Membros Sup. e Inf. :
 - MSD, de 2 para 4;
 - MID, de 1 para 3;
 - MSE, de 3 para 5;
 - MIE, de 2 para 4.

DIAGNÓSTICO: Posicionar-se

- Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionar-se, *não demonstrado (23/10), demonstrado (05/12)*;
- Aprendizagem de habilidades para se posicionar, *não demonstrado (24-03)*;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento, *não demonstrado (23/10), demonstrado (25/10)*;
- Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar, *não demonstrado (19/10)*;
- Dependente, *em grau elevado(06/08)*;
- Dependente, *em grau moderado (19/10)*.

INTERVENÇÕES:

- Assistir a pessoa no posicionamento (2h, 6h, 10h, 14h, 18h e 22h, especificar posicionamentos);
- Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos (2h, 6h, 10h, 14h, 18h, 22h).

DIAGNÓSTICO: Transferir-se

- Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência, *não demonstrado (23/10)*;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência, *não demonstrado (23/10), demonstrado (29/10)*;
- Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir, *demonstrado (25/10)*;
- Dependente, *em grau elevado (22-09)*.

INTERVENÇÕES:

- Executar técnica de transferência (Turno M);
- Transferir a pessoa para a cama (Turno M);
- Providenciar equipamento adaptativo para o transferir-se – elevador elétrico (Turno M).

DIAGNÓSTICO:

Alimentar-se

- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação, *demonstrado (05/12)*;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de alimentação, *demonstrado (5/12)*.
- Dependente, *em grau elevado (22/9)*.

INTERVENÇÕES:

- Alimentar a pessoa (9h, 13h, 17h, 20h, 23h);
- Gerir a dieta;
- Gerir o ambiente físico durante a refeição (7h, 9h, 13h, 17h, 20h, 23h);
- Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no alimentar-se;
- Vigiar a refeição (9h, 13h, 17h, 20h, 23h);
- Supervisar a dieta (9h, 13h, 17h, 20h, 23h).

DIAGNÓSTICO:

Auto Cuidado Vestuário

- Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: vestuário, *não demonstrado (02/10)*;
- Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário, *não demonstrado (02/10)*;
- Dependente, *em grau elevado (06/08) e em grau moderado (02/10)*.

INTERVENÇÕES:

- Incentivar o auto cuidado: vestuário (Turno M);
- Assistir no auto cuidado: vestuário (SOS);
- Vestir a pessoa (Turno M);
- Providenciar vestuário (Turno M);
- Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário (SOS);
- Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário (SOS);
- Treinar o uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário (SOS).

DIAGNÓSTICO:

Auto-Cuidado Higiene

- Dependente, em grau elevado (06/08), em grau moderado (02/10), em grau elevado novamente (03/11) e moderado (05/12).

INTERVENÇÕES:

- Assistir no auto cuidado: higiene (Turno M);
- Incentivar auto cuidado: higiene (Turno M);
- Assistir a pessoa a lavar a boca (Sem horário);
- Dar banho na cama (Turno M);
- Lavar a cabeça (SOS);
- Lavar a boca (4/4h);
- Lavar o períneo (SOS).

DIAGNÓSTICO:

Auto Cuidado Uso do Sanitário

- Dependente, em grau elevado (07/08).

INTERVENÇÕES:

- Assistir no auto cuidado: uso do sanitário (sem horário);
- Otimizar fralda (sem horário);
- Providenciar arrastadeira (sem horário);
- Vigiar eliminação urinária (sem horário);
- Vigiar eliminação intestinal(sem horário);

DIAGNÓSTICO:

Auto Cuidado Uso do Sanitário

- Dependente, em grau elevado (07/08).

INTERVENÇÕES:

- Assistir no auto cuidado: uso do sanitário (sem horário);
- Otimizar fralda (sem horário);
- Providenciar arrastadeira (sem horário);
- Vigiar eliminação urinária (sem horário);
- Vigiar eliminação intestinal(sem horário);

DIAGNÓSTICO:

Consciência

- Alterado, em grau muito elevado (06/08), em grau reduzido (22/09);
- Note-se aqui a importância da estimulação sensorial e do apoio familiar constante.

INTERVENÇÕES:

- Monitorizar a consciência através da escala de comas de Glasgow (sem horário);
- Incentivar a comunicação (sem horário);
- Vigiar estado de vigília (sem horário).

DIAGNÓSTICO:

Risco de obstipação

INTERVENÇÕES:

- Executar técnica de treino intestinal (de 2/2 dias passou a SOS);
- Vigiar sinais de impactação (Sem horário);
- Vigiar o abdómen (sem horário);
- Vigiar a eliminação intestinal (sem horário).

DIAGNÓSTICO:

Infeção

- A infeção por clostridium inicialmente identificada a 8/10 foi um revés importante na Reabilitação da Sra. X, (e que ainda se mantém) assim como a Tromboflebite do MIE identificada a 14/11.

INTERVENÇÕES:

- Aplicar medidas de prevenção de contaminação (sem horário);
- Manter medidas de prevenção de contaminação (sem horário);
- Ensinar o prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de contaminação (SOS);
- Instruir o prestador de cuidados a executar medidas de prevenção de contaminação (Turno M e T);
- Treinar o prestador de cuidados a executar medidas de prevenção de contaminação (Turno M e T).

MIF

- 02/10/2012: 29
- 15/10/2012: 29
- 30/10/2012: 32
- 24/11/2012: 36
- 11/12/2012: 43

APÊNDICE VII

Certificado “I Jornadas de Traumatologia do Hospital de São José”



I JORNADAS EM
TRAUMATOLOGIA
VÉRTEBRO MEDULAR
Multidisciplinaridade / Parceria no Reabilitar

8 e 9 de Novembro de 2012
Hospital D. Estefânia, CHLC, EPE . Lisboa
Sala de Conferências

Certificado

A Organização das **I Jornadas em Traumatologia Vértebro Medular do CHLC, EPE**, que se realizaram nos dias 8 e 9 de Novembro de 2012, na sala de conferências do Hospital Dona Estefânia, certifica que:

Bruno José Almeida Pereira

esteve presente como participante.

A COMISSÃO ORGANIZADORA

Felice Kelly
Marta Schato
Marta Sousa
Fernanda Pereira

Ana Fozinho
Isabel Teles

APÊNDICE VIII

Reflexão sobre “I Jornadas de Traumatologia do Hospital de São José”

Reflexão sobre as I Jornadas em Traumatologia Vértebro Medular “Multidisciplinaridade / Parceria no Reabilitar” realizadas a 8 e 9 de Novembro de 2012

Tendo em vista um aproveitamento realmente abrangente e envolvente de todas as aprendizagens por mim realizadas durante a frequência do estágio de Enfermagem de Reabilitação no serviço de Neurocirurgia do Hospital A entre 1 de Outubro de 2012 e 14 de Janeiro de 2013, propus-me assistir a estas Jornadas, tendo o resultado sido bastante profícuo e enriquecedor.

De uma forma geral todas as mesas de discussão se complementaram entre si na abordagem que fizeram da pessoa com Traumatismo Vértebro Medular (TVM), tendo sempre em vista a visão multidisciplinar da mesma. Essa mesma multidisciplinaridade foi notória quer pela participação de diferentes profissionais de Saúde de categorias profissionais diferentes a apresentar trabalhos académicos quer na sua própria intervenção nos debates posteriores às respectivas apresentações, que se revelaram bastante dinâmicos e interessantes de acompanhar.

Relativamente ao programa científico apresentado nos dois dias destas Jornadas, procurarei descrever de seguida as respectivas temáticas juntamente com as minhas reflexões próprias.

Assim sendo, analisando a 1ª mesa de discussão, em que se abordou o tema “Cuidar da Pessoa com Traumatismo Vértebro Medular: Da lesão à integração na Comunidade”, considerei interessante e pertinente o acompanhamento que se fez desta pessoa desde o serviço de Urgência, passando pelos Cuidados Intensivos, pelo Bloco Operatório, pela unidade Vértebro Medular e finalizando no centro de Reabilitação/ Ligação á comunidade. As diferentes visões de diferentes Enfermeiros que participam em todas as etapas da pessoa com TVM permitiram obter uma visão global deste processo, sempre tendo em vista as especificidades próprias de cada área. O debate que se gerou após estas apresentações foi bastante rico, sendo de realçar a pertinência de algumas questões da Dra. Margarida Sizenando, que pela sua riqueza, me obrigam a debruçar sobre elas.

Nomeadamente o facto de se considerar que a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) é pobre e que o Governo não apoia a Reabilitação. Levantou-se também a questão de que só com uma acção conjunta de todos os Profissionais e Associação de Doentes se pode “forçar” o Estado a insistir mais nestes doentes, verificando-se ainda nos dias de hoje, jovens com TVM em lares de idosos sentados todo o dia a perder a vida e a ganharem Úlceras de Pressão.

Também foi levantada a estranheza de não haver dados estatísticos em Portugal e o porquê desta situação, constatando-se a necessidade de se criar vontade política nos governantes actuais.

Abordou-se também a sempre melindrosa questão do convívio entre Fisioterapeutas e Enfermeiros de Reabilitação, tendo a mesma sido desmistificada por ambas as classes profissionais, considerando-se que o convívio entre Fisioterapeutas e Enfermeiros de Reabilitação é saudável e deve ser cultivado. Cada um tem uma abrangência própria devendo ser procurado o melhor para o doente com uma actuação conjunta.

Em jeito de conclusão considerou-se que o acto de Reabilitar é e deve ser feito por todos, não sendo específico de qualquer categoria profissional, mas sim extensivo a todas. A meu ver, é um acto contínuo, abrangente, envolvente e acima de tudo multidisciplinar.

Em relação á 2ª mesa cujo tema era “Adquirir a Autonomia: Área de Cuidados – Eliminação e Sexualidade” o foco foi claramente colocado na melhoria da qualidade de vida da pessoa com TVM através das diferentes acções implementadas na Reabilitação quer vesical quer Sexual destes doentes. De referir a qualidade das intervenções dos apresentadores e a importância atribuída ao Enfermeiro de Reabilitação nestas áreas.

No 2º dia das Jornadas, abordou-se a temática “Abordagem Interdisciplinar à pessoa com Lesão Vértebro Medular”, com a participação duma Psicóloga, de uma Terapeuta Ocupacional, de um Fisioterapeuta e de um Ortopedista. Verificou-se que esta interdisciplinaridade deveria ser, cada vez mais fomentada e acentuada, mas que, por motivos de ordem económica e de restrições financeiras se torna infelizmente insuficiente. Relativamente às reflexões que surgiram no debate após

as apresentações foi notória a importância dada a todas as disciplinas intervenientes no processo de Reabilitar. Foi também ponto assente que todo este processo de Reabilitar se deve iniciar o mais precocemente possível de forma a prevenir lesões e complicações e a diminuir o tempo de internamento, permitindo uma maior neuroplasticidade a estes doentes.

Na última mesa de debate, foi abordada a “Vivência e Inovação em Equipa”, em que se debateu as implicações éticas dos TVM e se descreveu uma acção de ensino levada a cabo por um conjunto de Enfermeiros do Hospital de São José feita a alunos de Escolas Secundárias sobre a temática dos mergulhos mal efectuados em piscinas e nas praias de forma a minimizar a incidência dos TVM em Portugal. Por último, foram apresentadas diferentes experiências vividas de pessoas com TVM, em que estas próprias, no seu próprio testemunho nos transmitiram o real impacto que um TVM acarreta na vida de uma pessoa. Foram relatos intensos em que os próprios descreveram as suas vidas desde a sua infância passando pela descrição do acidente até ao corrente dia. As constantes alusões á forma como foram tratados nas diferentes Instituições e todo o processo de reabilitação dos próprios foram-nos transmitidas, impregnando estas jornadas de um factor pessoal importante na contextualização dos TVM. De realçar o testemunho de salvador Mendes de Almeida que formou a Associação Salvador e das inúmeras participações Sociais desta mesma Associação.

Em jeito de conclusão, a participação nestas Jornadas permitiu-me obter uma visão da real multidisciplinaridade do acto de reabilitação e da importância da actuação de todas as valências intervenientes. O papel do Enfermeiro de Reabilitação foi altamente valorizado e realçado, tendo sido posto o foco de actuação do mesmo na interligação das suas actividades com as dos seus pares profissionais.

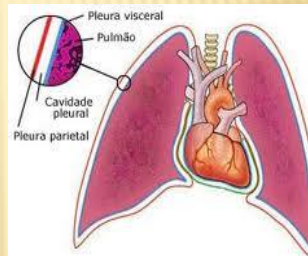
APÊNDICE IX

Trabalho realizado sobre Pneumotórax

SERVIÇO DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

O QUE É UM PNEUMOTÓRAX ?

É uma doença do Pulmão que consiste na presença de ar na cavidade pleural.



Pode ser classificado em espontâneo (primário e secundário) e adquirido (iatrogénico e traumático)

SERVIÇO DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

Pneumotórax espontâneo primário ocorre em pessoas sem doença pulmonar evidente e tipicamente no sexo masculino. A sua causa não está bem esclarecida.

Pneumotórax espontâneo secundário, mais grave que o primário e com maior frequência no sexo masculino. A Doença Pulmonar crónica Obstrutiva e a Pneumocistis Carini são as duas situações clínicas que mais frequentemente estão associadas a este tipo de Pneumotórax.

O **Pneumotórax adquirido iatrogénico** é secundário a alguns procedimentos médico invasivos.

O **Pneumotórax adquirido traumático** resulta de traumatismos torácicos.

SERVIÇO DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

Os principais sintomas são a **falta de ar, dor torácica e tosse**.

O diagnóstico é baseado na história, exame físico e confirmado com a utilização de métodos de imagem (Rx).

TRATAMENTO

No caso de pneumotórax de pequena dimensões a conduta inicial é sempre conservadora. A Reeducação Funcional Respiratória é indicada e benéfica, desde que seja realizada de forma moderada.

Visa facilitar a expansão pulmonar, manter uma boa mobilidade costal e diafragmática e prevenir defeitos posturais



Cada caso deve ser avaliado cuidadosamente.

No caso de pneumotórax de maiores dimensões e nas situações de instabilidade clínica estão indicados procedimentos invasivos, como a drenagem torácica.