



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR
OPÇÃO II – RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DE DEGLUTIÇÃO PÓS-AVC

Sónia Filipa Spínola Alves

Nº 5935

Este relatório de estágio não contempla as correções resultantes da discussão pública

2015

0



**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR
OPÇÃO II – RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO DA
PESSOA COM ALTERAÇÕES DE
DEGLUTIÇÃO PÓS-AVC**

Sónia Filipa Spínola Alves Nº 5935

Professor João Santos e Professora Otília Freitas

Lisboa

2015

“Agarra uma boa ideia e concentra-te nela.
Depois, trabalha-a até à perfeição.”
(Walt Disney)

AGRADECIMENTOS

Durante este percurso foram muitos os momentos de aprendizagem e as pessoas com quem pude partilhar dúvidas, aspirações e conhecimentos.

Quero agradecer aos Professores Orientador João Santos e Coorientadora Otília Freitas e aos Enfermeiros dos campos de estágio: Enfermeiro Ricardo Braga e Enfermeiro José Sardinha, pela partilha da sua sabedoria, experiência, encorajamento e pertinentes observações, que me permitiram crescer ao longo do ensino clínico.

Agradeço também ao meu Enfermeiro Chefe, Ludgero Gonçalves, à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação do meu serviço, Arlinda Oliveira, bem como a toda a Equipa de Enfermagem, que mais do que colegas de trabalho se revelaram sobretudo amigos e companheiros, pelo apoio e motivação constantes que sempre me transmitiram.

Aos meus colegas de curso, especialmente à Enfermeira Marisa Varandas pelo estímulo, acompanhamento e solidariedade demonstrada.

Por fim um agradecimento muito especial à minha família e ao meu namorado por todo o apoio, carinho e amizade com que me brindaram neste percurso e a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para que este relatório de estágio se concretizasse.

A TODOS O MEU MUITO OBRIGADO

ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Autor Desconhecido

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CF – Confronte

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRS – Direção Regional de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESO – European Stroke Organization

FC – Frequência Cardíaca

HSFO – Heart and Stroke Foundation of Ontario

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

IV – Intra-venoso

JBI – Joanna Briggs Institute

MIF – Medida de Independência Funcional

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEG – Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNM – Ressonância Magnética

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados e Integrados

SD – Sem Data

SNG – Sonda Nasogástrica

SPA – Speech Pathology Australia

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

U-AVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCV – Unidade de Doenças Cerebrovasculares

WGO – World Gastroenterology Organisation

RESUMO

Introdução: As alterações da deglutição são uma seqüela comum após o AVC e têm um impacto negativo no prognóstico do cliente. A elaboração e implementação de um programa de avaliação e reabilitação das pessoas com alterações de deglutição, por parte do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), pode constituir uma mais-valia tanto para o cliente, quanto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Objetivo: adquirir competências de EEER, especificamente, na avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC.

Metodologia: análise crítica da mobilização de conhecimentos teórico adquiridos em vários contextos, da experiência e competências adquiridas no ensino clínico.

Resultados: a maioria das atividades planeadas no projeto foram executadas à exceção de uma. Realizei outras atividades além das planeadas, contribuindo de forma decisiva para aumentar e diversificar o leque de experiências e aprendizagens. Fiz um estudo descritivo onde foi possível constatar-se que 64,7% dos clientes da amostra apresentavam sinais de disfagia. Elaborei um instrumento de avaliação constituído por duas fases: uma fase de avaliação indireta da deglutição (estado de consciência, capacidade para gerir a saliva e tossir eficazmente) e uma fase de avaliação direta da deglutição (capacidade do cliente deglutir de forma segura e eficiente água com diferentes consistências e volumes). O programa de reabilitação incluiu dois tipos de intervenções: compensatórias (mudanças posturais e alterações da consistência dos alimentos e líquidos, entubação nasogástrica) e de reeducação da função (estimulação tátil e térmica intra e peri-oral, exercícios da motricidade oral, exercícios de Shaker). As manobras de deglutição são concomitantemente intervenções compensatórias e de reeducação da função

Conclusões: a avaliação e reabilitação junto da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC é complexa e exige que o EEER detenha um elevado leque de conhecimentos nesta área do conhecimento. Com a realização deste relatório sugere-se uma maior ênfase desta temática nos currículos escolares, a implementação nos serviços, de protocolos de avaliação da deglutição e de estratégias de intervenção junto das pessoas com alterações de deglutição e a realização de estudos sobre a eficácia das intervenções do EEER.

Palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação, Deglutição, AVC, Disfagia

ABSTRACT

Introduction: The swallowing disorders are a common problem after stroke and have a negative impact in patient prognosis. The implementation of an assessment and intervention program by rehabilitation nurse may promote a positive impact in patient's health and quality care.

Objective: Acquire rehabilitation nursing skills, particularly in evaluation and rehabilitation of post stroke swallowing disorders.

Methods: critical analysis of the knowledge acquired in several contexts and experience and skills acquired in clinical teaching.

Results: most activities planned in this project were executed except one. Other activities that weren't planned were executed, increasing the learning experience and making it more variant. A study was made were was possible to verify that 64,7% of patients had swallowing disorders. Na evaluation tool was built made of two stage: an indirect evaluation of swallowing disorders stage (consciousness state, management of saliva and cough effectiveness) and a direct swallowing disorders evaluation (swallowing efficiency with different volumes and thickness).

The rehabilitation program includes two types of interventions: compensatory strategies (postural and thickness changing, nasogastric intubation) and functional re-education (Shaker's exercises, oral motor exercises and intra and peri-oral thermal and touch stimulus). The swallowing manoeuvre are both compensatory strategies and functional re-education.

Conclusion: the evaluation and rehabilitation with post-stroke swallowing disorders patient demand that the rehabilitation nurse has an elevated knowledge level in this particular field. From the making of this project it's suggested more emphasis of these themes in nursing school curriculum, the implementation in nursing units of evaluation and intervention strategies with the patients with swallowing disorders and studying the efficiency of rehabilitation nurse intervention.

Keywords: Nursing, Rehabilitation, Swallowing, Stroke, Dysphagia.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS | 17 |
| 1.1. Análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas | 17 |
| 3. AVALIAÇÃO | 49 |
| 4. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS..... | 55 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 59 |

APÊNDICES

| | |
|--|--|
| Apêndice I – Pares cranianos com interferência no processo de deglutição | |
| Apêndice II – Projeto de Estágio | |
| Apêndice III – Avaliação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC: Revisão integrativa/ <i>Draft</i> do artigo para publicação | |
| Apêndice IV – Reabilitação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC: uma revisão integrativa/ <i>Draft</i> do artigo para publicação | |
| Apêndice V – Fichas de leitura | |
| Apêndice VI – Características da corrente teórica de Bobath versus Johnstone | |
| Apêndice VII – Padrão espástico versus anti-espástico | |
| Apêndice VIII – “A pessoa com alterações da deglutição pós-AVC”, formação apresentada na UCV | |
| Apêndice IX – “A pessoa com alterações do padrão de eliminação vesical”, formação apresentada no Centro de Saúde de Machico | |
| Apêndice X – “A pessoa com alterações da deglutição pós-AVC”, formação apresentada no Centro de Saúde de Machico | |
| Apêndice XI – Instrumento inicial de avaliação da deglutição na pessoa com AVC | |
| Apêndice XII – Tratamento estatístico do estudo descritivo exploratório | |
| Apêndice XIII – Instrumento final de avaliação da deglutição na pessoa com AVC | |
| Apêndice XIV – Panfleto destinado ao cliente com alterações da deglutição pós-AVC | |
| Apêndice XV – Avaliação e estratégias de intervenção junto da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC | |
| Apêndice XVI – Caracterização das escalas utilizadas na avaliação dos clientes | |
| Apêndice XVII – Funções dos prestadores de cuidados no hospital versus no domicílio | |

ANEXOS

| | |
|---|--|
| ANEXO I – Certificado de apresentação do poster no Congresso Português do AVC | |
| ANEXO II – Certificação <i>online</i> da NIHSS | |
| ANEXO III – Amplitude articular normal segundo diversos autores | |

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) constitui, desde à várias décadas, um grave problema de saúde pública quer a nível mundial, quer a nível nacional. Em 2012, as doenças cerebrovasculares foram, a nível mundial, a terceira causa de anos de vida perdidos por morte prematura (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2014) e, no nosso País, a principal causa de morte, representando 12,5% do total de mortes registado (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014). Além da elevada mortalidade é, igualmente, uma importante causa de incapacidade, uma vez que, aproximadamente 20% dos sobreviventes necessitam de cuidados institucionais mantidos e 15-30% apresentam incapacidade neurológica funcional permanente (Silva, 2013). Face a estes dados, as doenças cerebrovasculares constituem uma prioridade do Serviço Nacional de Saúde, sendo um dos objetivos a redução da mortalidade intra-hospitalar global por AVC de 14,8% em 2008 (Alto Comissariado da Saúde & Ministério da Saúde, 2010) para 13% em 2016 (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012).

As alterações da deglutição são uma sequela comum após o AVC e têm um impacto negativo no prognóstico do cliente. Estima-se que 42-67% dos indivíduos com AVC tenham algum tipo de alteração da deglutição (Donovan et al., 2013), 50% destes indivíduos aspirem e 33% adquirem uma pneumonia de aspiração, aumentando o risco de mortalidade em 3% (Kotecki & Schmidt, 2010).

Consciente desta problemática, este relatório de estágio tem como questão orientadora: qual o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC? e resultou de uma necessidade profissional e motivação intrínseca pela procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos com quem trabalho.

A alimentação assume uma importância vital para o ser humano. Concomitantemente com a dimensão de manutenção da vida, tem também uma dimensão social e cultural que faz com que represente uma valorizada fonte de convívio, lazer e prazer (Tubero, 2013; Antunes & Ramalho, 2009). Deste modo, e porque a alimentação não é um ato solitário, quando confrontados com uma perturbação de deglutição além das complicações de natureza biológica (malnutrição, desidratação, pneumonia por aspiração e morte), surge o isolamento social, com

importantes repercussões no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa (Rourke, Vickers, Upton & Chan, 2014; Tubero, 2013; Oliveira, 2011).

A deglutição segura é fundamental e uma função complexa, exigindo uma coordenação eficaz entre a capacidade sensitiva, a atividade motora da boca e das estruturas subjacentes, e a função de um conjunto de cinco pares cranianos (Stanescu & Dogaru, 2014). A fisiologia da deglutição surge na bibliografia dividida em três (World Gastroenterology Organisation [WGO, 2014]; Morris, 2012; Januário, 2012) ou quatro fases (Tubero, 2013; Glenn, 2011), e tem uma duração média de 5 a 10 segundos. Existem três fases que são comuns a todos os autores anteriormente citados: fase oral, fase faríngea e fase esofágica, no entanto, Glenn (2011) acrescenta a fase oral preparatória e Tubero (2013) refere ainda uma fase antes da fase oral preparatória, denominada de fase antecipatória.

As fases: antecipatória, oral preparatória e oral são voluntárias enquanto as duas últimas (faríngea e esofágica) são reflexas.

Definindo cada uma das fases da deglutição temos que a fase antecipatória refere-se à dimensão social e cultural da alimentação, assim como à motivação da pessoa para comer e as suas preferências alimentares. Sendo esta fase influenciada pela apresentação, aroma e temperatura da comida, que atuam como fatores decisivos para estimular o apetite, produzir a saliva e organizar a deglutição (Tubero, 2013). O nível de dependência para a realização do autocuidado comer e beber é também um fator importante desta fase.

A fase oral preparatória caracteriza-se pela preparação dos alimentos para a deglutição, e envolve processos como a mastigação e a transformação dos alimentos num bolo alimentar homogêneo, pela ação do maxilar, da dentição, da língua e da saliva. O músculo bucinador contrai-se de forma a manter o bolo alimentar no centro da boca e os lábios mantêm-se encerrados, durante os movimentos de mastigação. Os recetores sensoriais desempenham um importante papel no sentido de determinar a posição dos líquidos e alimentos dentro da boca e evitar traumatismos. Nesta fase as vias áreas permanecem abertas e mantêm-se a respiração nasal (Glenn, 2011).

A fase oral inicia-se quando a língua, através de movimentos ântero-posteriores e ondulatórios, empurra o bolo alimentar até à orofaringe. Estes movimentos da língua permitem que o bolo alimentar se posicione no sulco central e deslize até à base da língua, desencadeando o reflexo da deglutição pela estimulação do pilar amigdaliano anterior. Nesta fase a respiração nasal é interrompida pela subida do palato mole que bloqueia a nasofaringe. Tem uma duração

de, aproximadamente, um segundo e é controlada pelos: V, VII, e XII pares cranianos (WGO, 2014; Tubero, 2013; Morris, 2012; Januário, 2012; Glenn, 2011).

A fase faríngea constitui a fase mais complexa da deglutição e caracteriza-se pela passagem do bolo alimentar na faringe ao mesmo tempo que as vias aéreas estão protegidas. Embora esta fase seja, predominantemente, reflexa é iniciada de forma voluntária. Ocorre uma sequência de acontecimentos: i) a língua desloca o bolo alimentar para a porção posterior da faringe; ii) o palato mole eleva-se, permitindo o encerramento da faringe e impedindo o refluxo nasal; iii) o bolo alimentar progride através do peristaltismo faríngeo; iv) o complexo hilofaríngeo eleva-se e desloca-se para a frente; v) a epiglote inverte no sentido de proteger as vias aéreas e prevenir aspiração e vi) todos estes processos em conjunto com a pressão exercida pelo bolo alimentar permitem o relaxamento do esfíncter cricofaríngeo para permitir a passagem do bolo alimentar para o esófago. Esta fase é controlada pelo nervo glossofaríngeo que envia impulsos nervosos ao centro da deglutição, localizado no tronco cerebral e pelos V, VII, X e XII pares cranianos que transportam os impulsos motores que produzem o reflexo de deglutição (WGO, 2014; Tubero, 2013; Morris, 2012; Januário, 2012; Glenn, 2011). Tem uma duração de, aproximadamente, um segundo (Glenn, 2011).

Finalmente, a fase esofágica inicia-se com o relaxamento do esfíncter cricofaríngeo e a entrada do bolo alimentar no esófago que é, posteriormente, transportado até ao estômago através dos movimentos peristálticos (WGO, 2014; Tubero, 2013; Morris, 2012; Januário, 2012; Glenn, 2011). Esta fase conclui a deglutição e tem uma duração média de 8 a 20 segundos (Glenn, 2011).

A neurofisiologia da deglutição é complexa e ainda não, totalmente, conhecida. No entanto, considera-se que a estimulação de diversas áreas cerebrais como o córtex (ações voluntárias) e o tronco cerebral (ações reflexas) podem desencadear os fenómenos envolvidos na deglutição.

Estudos realizados por ressonância magnética (RNM) mostram que durante a deglutição voluntária, existe ativação cerebral bilateral, principalmente das áreas sensoriomotoras primárias, da área motora suplementar, do córtex pré-frontal, do giro singular, da insula e da circunvolução temporal superior (Malandraki, Johnson & Robbins, 2011).

O tronco cerebral desempenha um papel de extrema importância na coordenação das fases reflexas que compõem a deglutição (fase faríngea e esofágica) e na inibição da respiração durante a fase faríngea (Cichero & Murdoch, 2006). No tronco cerebral localizam-se os pares

cranianos que influenciam o processo de deglutição (V- trigêmeo; VII- Facial; IX- Glossofaríngeo; X- Vago; XII- Grande hipoglosso) (cf. Apêndice I).

A complexa neurofisiologia que está subjacente ao processo de deglutição justifica que após uma lesão cerebral, nomeadamente o AVC, ocorram múltiplos compromissos em alguns passos de uma ou mais fases da deglutição, resultando muitas vezes em disfagia (Glenn, 2011). A extensão, a gravidade da lesão, assim como, as singularidades da doença e as características pré-mórbidas de deglutição da pessoa determinam a complexidade e o tipo de disfagia (Antunes & Ramalho, 2009).

A disfagia é a alteração da deglutição mais comum e segundo a WGO (2014), pode ser definida como a perceção da existência de um impedimento à passagem do material deglutido, incluindo tanto a dificuldade de iniciar a deglutição (caraterístico da disfagia orofaríngea), quanto a sensação de que os alimentos sólidos e/ou líquidos ficam retidos, de algum modo, na sua passagem desde a boca até ao estômago (caraterístico da disfagia esofágica). A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é sobre as disfagias orofaríngeas e é sobre estas que irei incidir o meu estudo.

Na disfagia orofaríngea os sintomas mais, frequentemente, associados são a dificuldade em iniciar a deglutição, a regurgitação nasal, a tosse, a fala nasalada, a diminuição do reflexo de tosse e o engasgamento (WGO, 2014), que surgem, essencialmente, em consequência da dificuldade no encerramento labial, dos défices da mobilidade da língua e das bochechas, das assimetrias do palato mole, das alterações da sensibilidade intraoral e do atraso ou ausência do reflexo de deglutição (Tubero, 2013; Morris, 2012).

Neste contexto sobressai a importância da intervenção do EEER, pois a finalidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação:

tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, e procuram, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas básicas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001, p.11).

Assim e segundo Glenn (2011), o EEER desempenha, no geral, um papel preponderante como educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos clientes, capacitador, facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa, e em particular no foco de atenção deglutição.

A avaliação e reabilitação da pessoa com alterações da deglutição pós-AVC, implica um trabalho em equipa multidisciplinar que idealmente deveria ser constituída pelos seguintes profissionais: fisiatra, enfermeiro, EEER, terapeuta ocupacional, dietista, fisioterapeuta e terapeuta da fala (Morris, 2012; Speech Pathology Australia [SPA], 2012). Além dos profissionais de reabilitação, a pessoa com alterações de deglutição e a família são, igualmente, agentes importantes desta equipa. Dentro desta equipa, o enfermeiro é o elemento que supervisiona, educa, assiste e substitui a pessoa numa situação de dependência (Cardoso et al., 2011; Oliveira, 2011; Cichero, 2009).

Deste modo, a elaboração e implementação de um programa de reabilitação partindo de uma avaliação do foco de deglutição pode constituir uma mais-valia com repercussões na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A avaliação deve integrar as dimensões física, funcional e psicossocial da pessoa, o exame objetivo, os dados obtidos através de exames auxiliares de diagnóstico e recorrer ao uso de instrumentos de medida.

Segundo Cichero & Murdoch (2006), a avaliação da pessoa com alterações da deglutição pode ser dividida em oito fases: i) história clínica da pessoa (diagnóstico médico, estado nutricional e necessidades nutricionais imediatas, situação clínica atual, tentativas anteriores de resolução do problema, dados pessoais); ii) exame físico (estado de consciência, capacidade de participação numa avaliação oro-motora e da deglutição, nível de colaboração do cliente, capacidade para sentar-se, nível de dependência, consciência do problema); iii) comunicação e cognição; iv) avaliação clínica da orofaringe (inspeção da cavidade oral e orofaringe, gestão de saliva, avaliação dos pares cranianos, capacidade para proteger a via aérea); v) avaliação direta da deglutição (água com diferentes volumes e consistências); vi) referência para outras avaliações (outros profissionais, meios complementares de diagnóstico); vii) diagnóstico e viii) plano de intervenção.

Como já foi referido anteriormente, a intervenção do EEER é, fundamentalmente, sobre as disfagias orofaríngeas (voluntárias), e tem como principal objetivo identificar, prevenir os riscos e consequências, e reabilitar as alterações de deglutição, ao mesmo que assegura uma nutrição e hidratação seguras e eficientes (Stanescu & Dogaru, 2014).

As intervenções do EEER consistem em estratégias de compensação e de reabilitação.

As estratégias de compensação têm um benefício imediato na deglutição funcional através de intervenções simples que permitem que os clientes mantenham a dieta por via oral em

segurança, no entanto, não melhoram as alterações da deglutição (Johnson, Herring & Daniels, 2014; Zheng, Li & Liu, 2014). Estas estratégias incluem: mudanças posturais da cabeça e tronco; alterações na consistência, volume e velocidade da alimentação; manobras de deglutição e entubação nasogástrica.

As estratégias de reabilitação/ reeducação da função têm um benefício a longo prazo e contribuem para melhorar as alterações da deglutição (Johnson et al., 2014; Zheng et al., 2014). Estas estratégias incluem exercícios orofaciais, da faringe e laringe, manobras de deglutição, exercícios de shaker, estimulação táctil e térmica intra e peri-oral, e feedback.

De salientar que as manobras de deglutição atuam concomitantemente como estratégias de compensação e de reabilitação.

Outra intervenção do EEER consiste na educação através de estratégias de ensino ao cliente e família sobre o que são as alterações da deglutição e os seus mecanismos, os sintomas de alterações de deglutição, como intervir perante a sua situação particular e em caso de engasgamento.

No contexto do que anteriormente foi referido, surge o projeto de estágio (cf. Apêndice II) que tem como objetivo geral adquirir competências como EEER, com especial ênfase na avaliação e reabilitação da pessoa com alterações da deglutição pós-AVC. Os objetivos específicos são os seguintes:

- Ponderar, na tomada de decisão, a dimensão ética, garantindo uma prática profissional segura e a qualidade do processo de cuidados.
- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos clientes.
- Assentar os processos de tomada de decisão e as intervenções de enfermagem de reabilitação em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, assumindo-me como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.
- Desenvolver um processo de cuidados de enfermagem integrando as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação identificadas em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária, concebendo, implementando e avaliando planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

- Interagir com a pessoa no sentido de desenvolver e propor atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

O projeto foi implementado em dois contextos distintos: cuidados de saúde diferenciados (Unidade de Cerebrovasculares [UCV], Lisboa) e cuidados de saúde primário (Centro de Saúde de Machico, Madeira e Centro de Saúde Bom Jesus, Funchal), num total de 750 horas distribuídas equitativamente.

Escolhi a UCV como campo de estágio por constituir o local de eleição para o internamento de indivíduos com AVC na fase aguda (população com maior incidência de alterações da deglutição) e lá trabalharem profissionais com experiência comprovada na avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC. O ensino clínico decorreu no período compreendido entre 30 de setembro e 13 de novembro, e permitiu a implementação do projeto de estágio e a aquisição de competências teórico-práticas, especificamente, na área do projeto e, globalmente, na avaliação e reabilitação do cliente com AVC (alterações motoras, sensitivas, cognitivas e emocionais) e prevenção das suas sequelas (espasticidade, síndrome do ombro doloroso, infeções, trombose venosa profunda, úlcera por pressão entre outras).

A comunidade constitui um campo de estágio de cariz obrigatório e traz mais-valias para o desenvolvimento da minha área de projeto, na medida em que ao trabalharmos no contexto em que as pessoas vivem possibilita um conjunto de conhecimentos e habilidades quer para a adequação dos cuidados, quer para o planeamento da alta hospitalar. Permite, igualmente, conhecer as reais dificuldades sentidas pelos clientes/ família e conhecer os recursos disponíveis na comunidade. O estágio decorreu no período compreendido entre 1 de dezembro e 13 de fevereiro e apesar de não ter muitas oportunidades para avaliar e intervir junto de pessoas com alterações de deglutição pós-AVC, aproveitei a oportunidade para diversificar o meu leque de experiências e adquirir competências teórico-práticas, nomeadamente, junto da pessoa com alterações do foro ortopédico (Centro de Saúde de Machico) e respiratório (Centro de Saúde do Bom Jesus – departamento de cinesioterapia respiratória).

A avaliação e intervenção de enfermagem desenvolvidas suportaram-se na filosofia e pressupostos teóricos da Teoria Geral de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, que clarifica o papel da enfermeira, enquadrando-o e fundamentando as suas intervenções dirigidas à satisfação das necessidades do autocuidado. Especificamente no que diz respeito à reeducação motora do cliente com hemiplegia tive necessidade de utilizar

subsídios de mais duas importantes correntes teóricas, definidas por Bertha Bobath e Margaret Johnstone.

Fazendo parte de um requisito obrigatório, neste relatório vou relatar todo o processo de ensino-aprendizagem no âmbito do projeto. A metodologia utilizada consiste na análise crítica da mobilização dos conhecimentos teórico adquiridos em vários contextos, e da experiência e competências adquiridas no ensino clínico.

Este relatório encontrar-se-à estruturado em três capítulos principais, no primeiro farei alusão às atividades realizadas em contexto de prática clínica e qual o contributo das mesmas para a aquisição de competências de EEER; no segundo farei uma análise crítica do percurso realizado e apresentarei os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças, assim como a contribuição da implementação do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados e no terceiro relatarei as principais conclusões e perspectivas futuras.

1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

Em seguida descrevo, analiso e reflito sobre as atividades desenvolvidas, assim como os percursos formativos feitos no sentido de atingir os objetivos delineados e conseqüentemente adquirir competências na área da enfermagem de reabilitação e na componente específica da avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC.

Na primeira semana integrei-me na dinâmica e funcionamento do serviço. Tanto na UCV quanto no Centro de Saúde identifiquei a maioria dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. Os profissionais da equipa de saúde, assim como os clientes/ família reconhecem no EEER um profissional detentor de um elevado leque de conhecimentos e competências específicas na sua área de intervenção, recorrendo aos seus cuidados sempre que a situação o justifique.

As unidades de competência: avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; e suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade não foram facilmente identificadas. Sinto que os enfermeiros, em geral, apresentam dificuldades em definir indicadores dos cuidados prestados e em investigar e colaborar em estudos de investigação. Refletindo sobre as estratégias para ultrapassar esta dificuldade, parece importante e necessária uma maior interligação das escolas com os profissionais da prática.

1.1. Análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas

As actividades foram executadas à medida que as oportunidades de aprendizagem iam surgindo e tendo sempre em conta o seu contributo para atingir o objetivo.

Objetivo 1- Ponderar, na tomada de decisão, a dimensão ética, garantindo uma prática profissional segura e a qualidade do processo de cuidados

Atividade 1: Suportar a tomada de decisão em princípios, valores e normas deontológicas

O código deontológico da enfermagem consiste num conjunto de normas, comportamentos e obrigações que devem pautar a atuação dos profissionais na sua prática diária de forma a defender os interesses da comunidade, salvaguardar o profissional e honrar a profissão (OE,

2003). Neste sentido e de acordo com o código deontológico realizei intervenções de enfermagem tendo por base a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana; salvaguardei os valores universais, nomeadamente, a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça; a competência e o aperfeiçoamento profissional; apliquei os princípios orientadores da atividade do enfermeiro, respetivamente à responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais; e responsabilizei-me pelas decisões que tomei e pelos atos que pratiquei.

Atividade 2: Respeitar as capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente no planeamento e desenvolvimento das intervenções de enfermagem de reabilitação

O processo pessoal de saúde é “um modo de caminhar, de ir por diante, de acordo com uma forma própria, um estilo, certas atitudes” (Honoré, 2002, p.191). É individual e influenciado pelas capacidades, crenças, valores e desejos de cada cliente.

Quando ambicionamos a excelência do cuidar é de extrema importância que se atue com compreensão e acolhendo, ajudando a identificar, na experiência, os elementos que podem contribuir para dar forma ao projeto de saúde de cada cliente (Honoré, 2002). Neste sentido, identifiquei a conceção de saúde, os objetivos e os projetos de cada cliente; delineei o plano de cuidados em parceria com o cliente, quando a situação assim o justificou; ajudei o cliente a reconhecer as suas capacidades e ir ao limite das mesmas; motivei-o cliente para o programa de reabilitação; elogiei o empenho e os ganhos em saúde e envolvi a família no programa de reabilitação.

Na realização desta atividade, senti algumas dificuldades, pois tanto os clientes quanto a família atribuem, com frequência, aos profissionais a responsabilidade e a tomada de decisão sobre a sua saúde. Ouvei, muitas vezes, “a senhora enfermeira é que sabe o que é melhor para mim ou para o meu familiar”. Outra dificuldade prendeu-se com o dualismo entre respeitar as capacidades versus otimizar, motivar e ir ao limite das mesmas.

As dificuldades foram superadas através da informação dada aos clientes e família sobre a sua situação de saúde e prognóstico, diferentes estratégias de resolução e recursos existentes, contribuindo assim para a sua tomada de decisão informada, e motivando os clientes para o programa de reabilitação.

A motivação foi classicamente definida como um processo cognitivo que surge face a uma necessidade e, por sua vez, esta necessidade determina o comportamento da pessoa na procura

de um objetivo (Chiavenato, 1989). Na área da reabilitação, a motivação é entendida como a probabilidade de adesão do indivíduo às estratégias que conduzem a uma determinada mudança, um estado de prontidão que pode ser influenciado por fatores externos (Jungerman & Laranjeira, 1999).

A capacidade do cliente para a reabilitação depende, fortemente, da motivação que este tem para alcançar determinado objetivo. Deste modo, foi muito importante motivar o cliente para o programa.

Segundo Friedrich, Gittler, Halberstadt, Cermak, & Heiller (1998), os fatores motivacionais com maior impacto na reabilitação são os programas simples e de curta duração, no entanto, e especialmente no cliente com AVC isto nem sempre é possível. Uma das estratégias desenvolvidas, por mim, foi o planejamento e implementação de atividades significativas para o cliente e o estabelecimento de objetivos realistas, atingidos progressivamente e que valorizem o desempenho e as potencialidades do cliente. Deste modo, consegui motivar o cliente para o programa de reabilitação e obter a sua colaboração.

Como resultados os clientes/ família verbalizaram satisfação em relação aos cuidados de enfermagem e mantiveram-se motivados e colaborantes na reabilitação.

Atividade 3: Promover e defender os direitos do cliente/pessoas significativas à vida e à qualidade de vida, ao cuidado pessoal, ao sigilo, nos valores humanos, políticos, religiosos e culturais, à informação e à igualdade, no planejamento e desenvolvimento das intervenções de enfermagem de reabilitação

“Todo o homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (OE, 2003, p.57). Assim, no planejamento das minhas intervenções de enfermagem de reabilitação: promovi e defendi em todas as circunstâncias o direito do cliente à vida e à qualidade de vida, atribuindo à vida de qualquer cliente igual valor e respeitando a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual dos clientes que foram alvo dos meus cuidados; corresponsabilizei-me pelo atendimento do cliente em tempo útil; orientei-o para outro profissional de saúde mais capacitado para responder ao seu problema (sempre que o pedido ultrapassou a minha competência); assegurei a continuidade dos cuidados, registrando as observações e intervenções realizadas; e considerei confidencial toda a informação acerca do cliente e da família, compartilhando apenas a informação pertinente, com aqueles que estavam implicados no plano terapêutico, utilizando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do cliente e família, assim como os direitos dos clientes e família.

Atividade 4: Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional

No planeamento desta atividade assumo o papel de advogado do cliente, protegendo-o e defendendo-o das práticas ilegais, ilícitas e que atendem ao bem comum, com agravamento na ausência de competência profissional. Para tal, o conhecimento da legislação existente sobre a proteção em diversas situações (ex. ensaios clínicos em grupos específicos, como os que decorrem do ciclo vital: criança e pessoa idosa), assim como a compreensão do conceito de competência profissional são requisitos fundamentais.

A competência profissional está, intrinsecamente, relacionada com a circunstância e os contextos em que decorre a intervenção de enfermagem e pressupõe um conhecimento reflexivo para lidar com áreas que não se prestam a soluções comuns (OE, 2003).

Ao longo dos estágios não estive perante nenhuma prática que contrariasse a lei, a ética ou o bem comum, nem perante nenhuma falta mínima de competência profissional, pelo que não foi possível o desenvolvimento de atividade específicas com este fim.

Atividade 5: Informar o cliente sobre a sua situação de saúde e sobre todos os procedimentos de enfermagem, obtendo o seu consentimento e participação na tomada de decisão

A necessidade e o dever de informar o cliente “assenta sobre bases sólidas, como são os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da Pessoa” (OE, 2003, p.71).

No planeamento desta atividade deixei explícito que a informação será dada ao cliente e constituída por dados relativos a um contexto útil (procedimentos de enfermagem) e revestido de significado (obtenção do seu consentimento informado e participação na tomada de decisão).

Deste modo, facultei ou não informação à família de acordo com a vontade expressa do cliente, com exceção das situações em que o princípio da beneficência se sobrepôs (ex. informei a família sobre as necessidades do cliente dependente e a evolução provável, para que pudessem agir em benefício do mesmo); antes de qualquer procedimento de enfermagem informei quanto ao objetivo e à natureza da intervenção; expliquei de forma simples e entendível, para cada cliente em concreto, qual o seu problema; atendi ao facto de que as prioridades do cliente não são as dos profissionais de saúde e que outros problemas, além dos de âmbito médico, podem ser prioritários para ele; respeitei o desejo expresso pelo cliente (ex. houve uma cliente que recusou reabilitação após retirar imobilização por fratura do maléolo e outra recusou os cuidados de reabilitação porque tinha um familiar fisioterapeuta que fazia a reabilitação); e

houve situações em que considerei a figura do consentimento presumido, ex. a administração de terapêutica fibrinolítica (nesta situação a obtenção do consentimento implica adiamento que representa perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a sua saúde).

Atividade 6: Desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente e pessoas significativas

Segundo Gomes (2007), parceria pode ser definida como um processo dinâmico e negociado conjuntamente por duas partes (cliente e enfermeiros), aproveitando os saberes, as vontades e os sentimentos de cada um, e respeitando as crenças e os valores dos clientes no intuito de alcançar um objetivo comum (ex. qualidade de vida, reabilitação do cliente). Segundo o mesmo autor implica igualmente um processo reflexivo que deve ser promovido no cliente, com vista à autonomia e à tomada de decisão baseada em informações esclarecidas.

Autores como Campos, Padilha & Oliveira (2012) salientam que é, igualmente, importante que os profissionais de saúde criem uma parceria com as famílias o mais cedo possível, de modo a promover um suporte social e a compreender os caminhos percorridos por cada família para a reintegração do seu familiar.

Neste sentido atendi ao cliente e família, para descobrir a pessoa que estava a cuidar; perguntei, antes de atuar; estimei o cliente e família a participar; respeitei o poder de decisão informado; acometi o cliente e a família de esperança; ajudei o cliente e a família a identificar os seus objetivos e propus soluções para a resolução dos problemas.

Face ao desenvolvimento desta atividade, tanto os clientes como a família verbalizaram satisfação, o que foi muito gratificante para mim. Houve situações em que me senti como enfermeira de referência, na medida em que tanto o cliente quanto a família se dirigiam a mim para o esclarecimento de dúvidas.

Estabeleci uma relação terapêutica e mobilizei as minhas estratégias de resolução de problemas nos conhecimentos teóricos-práticos adquiridos em vários contextos. O facto de discutir as estratégias de resolução de problemas, previamente, com o enfermeiro tutor foi uma mais-valia por permitir o esclarecimento de dúvidas e a consolidação das aprendizagens.

Atividade 7: Participar nas atividades multidisciplinares e colaborar na tomada de decisão na equipa de reabilitação

A reabilitação implica um trabalho em equipa, normalmente constituída pelo médico de família, fisiatra, enfermeiro, EEER, terapeuta ocupacional, dietista, fisioterapeuta, terapeuta da

fala, cliente e sua família. Importa salientar que a avaliação e intervenção de um elemento da equipa não se sobrepõe nem dispensa a intervenção dos restantes profissionais.

Na UCV, fiz essencialmente os turnos da tarde. O que contribuiu para que eu não estabelecesse contato próximo com muitos elementos que fazem parte da equipa de reabilitação. No entanto, houve dois turnos que tive oportunidade de assistir à reunião da equipa multidisciplinar e pude colaborar na tomada de decisão em reabilitação. No âmbito pessoal da relação houve uma grande abertura, no entanto, no que respeita à discussão de casos clínicos e à partilha de saberes ainda existem alguns obstáculos, mais especificamente a resistência à mudança, a dificuldade de reconhecer os limites individuais e aceitar a decisão de um novo elemento com a condição de aluno. A estratégia que adotei foi demonstrar respeito pelo outro, mostrar que também detenho conhecimentos específicos demonstrados pelo desenvolvimento de uma prática baseada na evidência e lembrar que o objetivo final é comum, o cliente.

Durante a discussão de um caso clínico apresentado na reunião da equipa multidisciplinar partilhei um dado que tinha colhido na avaliação inicial e que foi decisivo para compreender a etiologia do AVC e definir a estratégia terapêutica.

No estágio da comunidade, cada profissional que constitui a equipa de reabilitação tem um espaço físico delimitado. No entanto, os profissionais mantêm uma relação de proximidade e respeito mútuo. Todos os dias existem momentos informais de comunicação, discussão pontual de casos e partilha de conhecimentos.

Assisti a momentos de partilha de saberes por parte EEER no sentido de uma melhor decisão clínica para o processo de saúde, nomeadamente, partilha de conhecimentos sobre fisiopatologia, tipos de abordagem cirúrgica, dinâmica da prótese e processo de cicatrização.

Fiz um dia de observação no ginásio da fisioterapia onde observei a utilização dos agentes físicos, e fiquei a conhecer as indicações e os benefícios de cada um. No trabalho em equipa é extremamente importante o conhecimento da área de intervenção de cada profissional.

Ainda nos cuidados de saúde primários e no que se refere à organização dos cuidados, o EEER intervém junto do cliente até este iniciar o programa de fisioterapia. A partir do momento que o cliente inicia a fisioterapia tem alta de enfermagem de reabilitação. Apesar de ser a metodologia de trabalho adoptada suscita-me algumas controvérsias, pois se a reabilitação implica o trabalho em equipa multidisciplinar, e a avaliação e intervenção de um elemento da equipa não se sobrepõe nem dispensa a intervenção dos restantes profissionais porque é que o EEER e os restantes técnicos de reabilitação intervêm em tempos distintos.

Tive também a oportunidade de interagir com a assistente social e com a nutricionista, quando o caso clínico assim o justificou.

Em síntese, considero que as atividades planeadas no projeto e posteriormente executadas foram relevantes e adequadas para o objetivo, à exceção da atividade 4. Tendo por base o conhecimento atual esta atividade não foi pertinente. Actualmente, raramente (ou nunca) se coloca a possibilidade de práticas que contrariem a lei ou o bem comum. No futuro não planearei este tipo de atividade.

Objetivo 2- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos clientes (indivíduos ou grupos)

Atividade 8: Atuar no sentido de que as necessidades culturais e espirituais dos clientes sejam satisfeitas

Segundo Dancy & Logan (1998), a cultura é significativa a todos os níveis do processo de enfermagem (com especial ênfase na avaliação inicial) e acrescentam que a avaliação deve incluir a pesquisa dos efeitos que a herança cultural e étnica do cliente têm, sobre a sua compreensão da doença e a forma como a descreveu, a forma como tentou resolver o problema da doença e os tratamentos que aceitará ou recusará. Concomitantemente, Glenn (2011) afirma que é extremamente importante que os EEER compreendam a influência que as crenças culturais e espirituais têm no processo de reabilitação; identifiquem as crenças, atitudes e valores que possam ter impacto nos resultados do cliente e desenvolvam estratégias para incorporar as crenças neste processo, no sentido de promover a provisão de serviços de saúde adequados.

Perante uma pessoa com alterações de deglutição é extremamente importante a satisfação das suas necessidades culturais. A alimentação é mais do que o simples gesto de comer e nutrir o corpo é também uma importante fonte de prazer e interação social. Como tal, para que as necessidades culturais dos clientes sejam satisfeitas é fulcral compreender a relação que a pessoa tem com a comida, qual o significado que lhe atribui, alimentos que fazem parte da sua cultura alimentar e alimentos proibidos.

No contato com o cliente e família, analisei criticamente e mobilizei conhecimentos tendo em conta a satisfação das necessidades culturais; procurei compreender as perspetivas do cliente e família e qual o significado atribuído ao facto de terem que vivenciar a situação específica de doença/incapacidade; comuniquei com os clientes, usando mensagens verbais e/ou não-verbais

de forma clara e sem ambiguidades; esclarecendo termos de comunicação próprios de cada cliente e verificando as interpretações que eu fiz das mensagens que eles enviavam; e além de mostrar respeito pelo passado cultural do cliente/ família, expliquei as razões que me levaram a fazer perguntas sobre as suas crenças.

Esta forma de intervir mostrou-se positiva, uma vez que, tanto os clientes quanto as suas famílias demonstraram confiança nos meus cuidados, abordando-me sempre que surgiu uma dúvida ou acharam que tinham alguma informação importante para o os cuidados de enfermagem de reabilitação.

Atividade 9: Desenvolver intervenções no respeito pelos princípios relevantes na garantia e manutenção do bem-estar e da segurança

A implementação desta atividade representa um interesse pelo cliente e à semelhança do referido por Hesbeen (2010), permite que o tempo a mais de vida seja um tempo rico em vida compatível com o desenvolvimento do cliente e que não se limite a uma espera, muitas vezes vivida como uma espécie de fardo. Neste sentido, procurei identificar os fatores que constituem obstáculos ao bem-estar do cliente e com base no modelo teórico de Orem proporcionei o tipo de ajuda que este necessitava (ajuda total, parcial e/ou de ensino e orientação); atuei, igualmente, no sentido de prevenir complicações associados à sua condição, nomeadamente: quedas, infeções, úlceras por pressão, trombose venosa profunda, síndrome de imobilidade, espasticidade e síndrome do ombro doloroso.

As sequelas do AVC fazem-se notar a diferentes níveis: motor, sensitivo, cognitivo e emocional, e podem comprometer a autonomia na realização de todos os autocuidados. No estágio realizado na UCV pude intervir no sentido de satisfazer as necessidades e reabilitar as alterações dos autocuidados, respetivamente, tomar banho, vestir-se e despir-se, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, usar o sanitário, transferir-se, virar-se, andar e andar com auxiliar de marcha. As complicações mais frequentes nos clientes com AVC são as seguintes: instalação do padrão espástico, síndrome do ombro doloroso, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, úlcera por pressão (DGS, 2010). Da minha experiência profissional e ao longo da prática clínica pude aperceber-me que os clientes com AVC têm, com frequência, infeções respiratórias e urinárias, e apresentam um risco acrescido de queda, quer pelas alterações da mobilidade e sensibilidade quer pelas alterações de atenção. Consciente destas complicações intervi no sentido de prevenir a sua ocorrência.

Na comunidade pude diversificar e alargar o meu campo de experiência, intervindo junto de pessoas com outras condições patológicas além do AVC e com outras necessidades. Nestas situações foi também importante contribuir para a manutenção do bem-estar e da prevenção das complicações nas pessoas com problemas, essencialmente, do foro ortopédicos e respiratório.

Nas pessoas com problemas ortopédicos intervi no sentido de manter o bem-estar e a segurança, prevenindo complicações por lesões associadas das estruturas nobres vizinhas (vasos, nervos) e da fratura em si mesmo, especificamente, agravamento ou interrupção do processo de cura (Serra, 2012). As intervenções de reabilitação tiveram como principais objetivos a amplitude do movimento articular, o fortalecimento muscular, a destreza e coordenação do movimento, e a retoma gradual e progressiva das actividades de vida diária (AVD).

Nas pessoas com problemas do foro-respiratório intervi no sentido de manter o bem-estar e a segurança, prevenindo e corrigindo as alterações do esqueleto e músculo; reduzindo a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular; assegurando a permeabilidade das vias aéreas; prevenindo e corrigindo os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar; melhorando a “performance dos músculos respiratórios e reeducando no esforço (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia, 1988).

Atividade 10: Aplicar os princípios da ergonomia e os dispositivos tecnológicos no sentido de prevenir danos nos profissionais de saúde, nos clientes/ pessoas significativas no contexto da prática dos cuidados

Usar corretamente as estruturas corporais, aumentar a eficácia e poupar energia, é fundamental para uma prática segura e para diminuir a ocorrência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho.

As lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho são o principal problema de saúde ocupacional na Europa e resultam, essencialmente, da ação de fatores de risco profissionais, tais como a repetibilidade, a sobrecarga e/ou a postura adotada durante o desempenho da atividade profissional (DGS, 2008). Os sintomas mais frequentes são a dor, a parestesia, a sensação de peso, a fadiga e a falta de força, e atingem com maior frequência o pescoço, ombro, cotovelo, punho, mão, coluna vertebral e joelho (DGS, 2008).

A adequada articulação dos princípios da mecânica corporal e de ergonomia permite a obtenção de uma postura correta com alinhamento e equilíbrio perfeitos, prevenindo o

aparecimento de lesões músculo-esqueléticas nos profissionais e aumentando a segurança dos clientes/ família.

Assim, mobilizei e apliquei os princípios da ergonomia e os dispositivos tecnológicos no sentido de prevenir lesões músculo-esqueléticas em mim e nos clientes e família; e realizei exercícios de alongamento e relaxamento entre tarefas de maior sobrecarga e/ou repetitivas.

A maior dificuldade sentida na realização desta atividade surgiu nas sessões de reabilitação realizadas em contexto de domicílio, secundária às características e disposição do mobiliário. Para superar esta dificuldade fiz ensinamentos à família, sobre a melhor estratégia de dispor o mobiliário no sentido de prevenir lesões músculo-esqueléticas. Os clientes/família mostraram-se atentos ao ensino e realizaram as sugestões oferecidas.

Em suma, considero que todas as atividades planeadas no projeto e posteriormente executadas foram pertinentes e relevantes para que este objetivo se concretize.

Objetivo 3- Assentar os processos de tomada de decisão e as intervenções de enfermagem de reabilitação (em particular na área da avaliação e reabilitação das pessoas com alterações da deglutição pós-AVC) em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-me como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação

Atividade 11: Pesquisar literatura técnica e de investigação, na área da reabilitação

Cada vez mais se defende e preconiza uma prática baseada na melhor evidência disponível, adquirida através de quatro fontes de conhecimento: a investigação, a experiência clínica, os clientes e o contexto (Rycroft-Malone et al., 2004).

O ensino clínico contribuiu para a aquisição de conhecimento através da experiência clínica, do contato com os clientes e família, e através do contexto (este último especialmente no estágio da comunidade), no entanto, para adquirir conhecimento teórico e fomentar a interação entre a experiência e o conhecimento científico teve em conta o estado de arte atual na área específica da reabilitação.

- Sustentei toda a minha prática e a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação procurando um maior número de experiências e conhecimento.
- Fiz duas revisões integrativas com o objetivo de conhecer a evidência científica sobre a avaliação e a eficácia das estratégias de reabilitação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC (cf. Apêndice III e IV).

- Pesquisei outras áreas de intervenção do EEER, além da contemplada no projeto de estágio, fazendo fichas resumo de leitura (cf. Apêndice V) e leituras per si de acordo com a lista bibliográfica referenciada.
- Frequentei três unidades curriculares da pós-graduação em AVC, promovida pela Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, no período que decorreu entre 17 de Outubro e 8 de Novembro com uma carga horária total de 31 horas. I Unidade curricular – Anatomofisiologia, epidemiologia e prevenção primária (14horas). II Unidade curricular – Neuroavaliação, síndromes neurovasculares e diagnóstico diferencial (13horas). III Unidade curricular – Métodos de imagem na doença cerebral vascular: neuroimagiologia e neurosonologia (4 horas).

Ao frequentar estes módulos adquiri um maior conhecimento e compreensão do AVC sendo uma mais-valia na mobilização de conhecimentos para a minha prática, por exemplo: na UCV o tratamento fibrinolítico é administrado o mais precocemente possível exigindo dos profissionais um elevado conhecimento sobre neuro-avaliação, métodos de imagem e diagnóstico diferencial do AVC (mímicos do AVC), conhecimentos adquiridos na pós-graduação. Outro aspeto positivo da pós-graduação foi a oportunidade de poder contactar com outros profissionais que integram a equipa multidisciplinar dedicada à patologia cerebral e poder estabelecer pontes entre diferentes unidades do país.

- Participei na 5ª Reunião das unidades de AVC.

Nesta reunião houve lugar a uma mesa dedicada à nutrição no AVC e disfagia, com contributos importantes para o meu projeto, nomeadamente, a ênfase sobre a importância do trabalho em equipa e a forma como o enfermeiro e o terapeuta da fala trabalham em conjunto para a avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição (área de intervenção de cada profissional). Nesta mesa houve também lugar à apresentação do livro “Cuidar e nutrir depois do AVC: 80 receitas práticas e saborosas para o dia-a-dia” do chefe Bernardino, que constitui um importante recurso para os clientes com alterações de deglutição e a sua família. A participação nesta reunião permitiu a minha interação e o estabelecimento de contactos com profissionais com a mesma área de interesse.

- Participei no Congresso Português do AVC (5, 6 e 7 de fevereiro de 2015)

Este congresso realiza-se anualmente no Porto e tem como principal objetivo transmitir o estado de arte sobre os temas seleccionados para o programa do congresso. Tem o privilégio de contar com personalidades da maior craveira científica nacionais e estrangeiros com particular

dedicação ao estudo e à investigação (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2015).

No programa consta sempre uma mesa dedicada à reabilitação que este ano intitulou-se “Atualidades e realidades na reabilitação do AVC”. Nesta mesa viu-se dois lados distintos da reabilitação: i) a melhor evidência disponível sobre as técnicas de reabilitação atuais (robótica) e o trabalho de centros de investigação no Brasil onde estas técnicas estão a ser testadas, e ii) as dificuldades do nosso País, nomeadamente, no que se refere à acessibilidade dos clientes à reabilitação.

- Apresentei um póster no Congresso Nacional do AVC intitulado: Avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição (cf. Anexo I).

Esta também foi uma atividade que foi além do planeado no projeto e que me trouxe grandes aprendizagens. Foi excelente poder apresentar o póster para peritos na área da avaliação e reabilitação das alterações da deglutição, receber os seus comentários e elogios sobre o projeto e conhecer o que fazem em outros sítios do País. Foi também importante porque deram-me sugestões para melhorar a imagem e estruturação do póster, trazendo contributos para futuras apresentações.

- Esbocei dois artigos para posterior submissão em revistas de divulgação de conhecimento científico (cf. Apêndice III e IV).

Ao longo da minha pesquisa, pude constatar que existem poucos estudos publicados em Portugal nesta área do conhecimento. Julgo que esta publicação constituirá uma mais-valia, acrescentando conhecimento.

- Fiz a certificação *online* da escala do National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (cf. Anexo II)

Atividade 12: Planear e desenvolver as intervenções de enfermagem de reabilitação com rigor técnico/científico, de acordo com as melhores práticas conhecidas

Ser EEER implica ser perito na área, ou seja, ser detentor de um conhecimento aprofundado no domínio específico da reabilitação, e capaz de deter competências que lhe permitam efetuar julgamento clínico e uma tomada de decisão nos vários contextos de intervenção e de prestação de cuidados de saúde. Neste sentido:

- Planeiei e desenvolvi as minhas intervenções de acordo com as melhores práticas conhecidas, não apenas na área da avaliação e reabilitação da pessoa com alterações da deglutição mas em outras áreas de intervenção do EEER.
- Segui as recomendações da Ordem dos Enfermeiros e do colégio de especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2013, 2009), as recomendações da DGS (2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2001) e de autores de livros e colectâneas na área da reabilitação: Cordeiro (2014), Menoita (2012), Cordeiro & Menoita (2012), Hoeman (2011), Hesbeen (2010; 2000), Kisner & Colby (2009), Kapandji (2000), Hoppenfeld & Murthy (2001), Bobath (2001), Kottke & Lehmann (1994), Casalis (1990), Heitor et al. (1988), Johnstone (1979).
- Pesquisei artigos científicos de referência em plataformas eletrónicas (ESBCOhost), principalmente na minha área de projeto.
- Geri a minha aprendizagem, e refleti sobre ela e a sua importância para mim como futura EEER.
- Apresentei e discuti estudos de caso com o enfermeiro tutor.
- Tomei iniciativa para a prestação dos cuidados especializados.

Considero ter recorrido às tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados, que me permitiram aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados seguros e competentes à pessoa com necessidades de reabilitação.

- Na UCV, identifiquei como principais focos de atuação do EEER, os seguintes: autocuidado, deglutir, paralisia, parésia, risco de espasticidade, risco de queda, risco de úlcera por pressão, cinestesia, negligência unilateral, equilíbrio e conhecimento. Perante estes focos as intervenções mais comuns foram: executar, assistir, ensinar, instruir, treinar, orientar, supervisionar, motivar e elogiar (International Council of Nurses, 2011).
- Na comunidade, identifiquei como principais focos de atuação do EEER, os seguintes: mobilidade, equilíbrio, limpeza das vias aéreas, trocas gasosas e conhecimento. Perante estes focos as intervenções mais comuns foram, à semelhança do estágio realizado na UCV, executar, assistir, ensinar, instruir, treinar, orientar, supervisionar, motivar e elogiar (International Council of Nurses, 2011).

Quero salientar que a avaliação e intervenção de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico suportaram-se na filosofia e pressupostos teóricos da Teoria Geral de Enfermagem do

Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, que clarifica o papel da enfermeira, enquadrando-o e fundamentando as suas intervenções dirigidas à satisfação das necessidades do autocuidado. No entanto, e especificamente no que respeita à reeducação motora do cliente com hemiplegia, existem duas importantes correntes teóricas, defendidas por Bertha Bobath e por Margaret Johnstone. Estas correntes teóricas constituíram linhas orientadoras fundamentais para a avaliação e reabilitação do cliente com AVC e tiveram um maior impacto no estágio desenvolvido na UCV.

A corrente teórica de Bobath (2001) defende uma reabilitação a curto prazo e a ênfase do tratamento é dada sobre o lado são, isto numa tentativa de compensar a perda de capacidades do lado lesado. Tem como principais objetivos: a aquisição do máximo de independência nas atividades de vida diária e instrumentais, através do desenvolvimento da força muscular e destreza do lado são; e a manutenção das amplitudes articulares e o desenvolvimento da força muscular remanescente do lado lesado.

A corrente teórica de Johnstone (1979) defende uma reabilitação com ênfase do tratamento sobre o lado lesado e tem como principais objetivos: prevenir o aparecimento da espasticidade utilizando posicionamentos em padrão anti-espástico desde a fase aguda e durante 24 horas; reeducar a função sensoriomotora do hemicorpo lesado através da estimulação dos reflexos posturais e segundo o padrão normal de desenvolvimento motor da criança, e executar atividade bilaterais contribuindo para o equilíbrio entre os dois hemicorpos: são e lesado.

Tendo em conta a ênfase e os objetivos de cada corrente, facilmente nos apercebemos que para cada uma corrente de pensamento, a intervenção do EEER é distinta (cf. Apêndice VI).

Na corrente de Johnstone em oposição à de Bobath:

- ❖ Os decúbitos e os posicionamentos têm técnicas especiais para prevenir o aparecimento do padrão espástico (cf. Apêndice VII), e o decúbito dorsal é o menos utilizado porque é a posição que produz máxima espasticidade.
- ❖ Durante a realização das mobilizações, o membro que não está a ser mobilizado fica posicionado em padrão anti-espástico (cf. Apêndice VII), a flexão do ombro é realizada com o membro em rotação externa e a mobilização da tibiotársica é feita com a coxa e o joelho em flexão.
- ❖ É recomendada a mobilização da omoplata, uma vez, que a retração da mesma influenciará negativamente a mobilidade articular e provocará dor, condicionando um pior prognóstico de reabilitação.

- ❖ O ensino da realização das atividades de vida centra-se no desenvolvimento motor da criança, na inibição do padrão espástico e no desenvolvimento da força muscular do hemicorpo lesado.
- ❖ O ambiente deve ser modificado de forma à maioria dos estímulos serem apresentados pelo lado lesado.
- ❖ O programa de reabilitação é progressivo mediante as aquisições adquiridas pelo cliente, seguindo uma ordem de acontecimentos:
 - Virar-se no leito
 - Executar a ponte (produz vantagens na realização do autocuidado, nomeadamente, usar a arrastadeira, e vestir e despir a parte inferior do corpo, no fortalecimento da musculatura do tronco e na mobilidade da anca).
 - Realizar atividades na posição de sentado, favorecendo a realização de exercícios cruzados e a rotação do tronco sobre a bacia.
 - Sentar-se no leito fazendo carga sobre o cotovelo lesado, treinar o equilíbrio e transferir-se pelo lado lesado com ou sem ajuda.

A corrente teórica de Johnstone produz vantagens na redução da espasticidade e no desenvolvimento de padrões posturais mais corretos.

Uma dificuldade sentida no primeiro ensino clínico prendeu-se com o facto de no meu local de trabalho seguir o método de Margareth Johnstone, enquanto no local de estágio seguiam o método de Bertha Bobath. Em discussão com o enfermeiro tutor apercebi-me que ambas as unidades tinham características distintas com repercussões na ação do EEER. Na unidade onde realizei o meu ensino clínico a média de internamento é mais reduzida e muitas vezes os clientes são encaminhados para os hospitais da sua área de residência e não recebem cuidados de reabilitação atempadamente e eficientes. Então o objetivo é uma reabilitação mais eficiente e que permita ao cliente um maior grau de independência mais rapidamente. Na unidade onde desempenho a minha atividade profissional a média de internamento é ligeiramente superior e a maioria dos clientes com níveis de dependência moderada a grave são encaminhados para a rede regional de cuidados continuados e integrados (RRCCI), recebendo cuidados diários de uma equipa de reabilitação. Tal facto faz com que sigamos o método de Johnstone pois embora de forma mais lenta conduz a uma reabilitação mais completa e perfeita, e sabemos que haverá continuidade do processo de reabilitação.

Atividade 13: Realizar sessões de formação sobre o autocuidado alimentar-se e alterações da deglutição, destinadas aos enfermeiros e a outros profissionais envolvidos nos cuidados

O EEER por ser um profissional detentor de um leque abrangente de conhecimentos e procedimentos específicos assume também um papel preponderante como formador da equipa de enfermagem. Neste sentido torna-se fundamental a formação em serviço. A partilha de conhecimentos assim como a aprendizagem podem fazer-se de duas formas: informal e formal. Fazendo uma retrospectiva, a maior parte das nossas aprendizagens são adquiridas informalmente, através da observação dos resultados da intervenção/ comportamento dos nossos pares. No entanto, por vezes é também importante marcarmos momentos formais para estudar e discutir temas relacionados com a saúde em geral e com a melhoria continua dos cuidados que prestados aos nossos clientes, em particular.

No estágio realizado na UCV, por desenvolver a minha intervenção no mesmo espaço físico, com os mesmos clientes e por, muitas vezes, surgirem momentos em que trabalhamos em conjunto com o enfermeiro de cuidados gerais, foi o local onde os momentos informais de partilha de conhecimentos foram mais evidentes. Por exemplo, quando posicionava o cliente com outro colega aproveitava a oportunidade para falar do padrão espático e dos posicionamentos para o prevenir, houve uma situação de um cliente com pneumonia, com alteração do estado de consciência, totalmente dependente e tosse ineficaz, que em conversa com a enfermeira responsável aproveitei a oportunidade para falar da drenagem postural e da importância de posicionar o cliente com um intervalo de tempo menor. Durante um levante de um cliente com paralisia do membro superior informei da importância da utilização de um *sling* para a prevenção da síndrome do ombro doloroso.

Considero que a maioria das minhas propostas para a melhoria dos cuidados foram bem aceites. Tal como em todos os processos de mudança houve por vezes uma resistência inicial, dado implicarem uma mudança de hábitos e eu ser um elemento estranho ao serviço. No entanto, a adoção de um diálogo à base de sugestões e não de imposições mostrou-se positivo, logo considero que em situações futuras continuarei a apostar neste tipo de abordagem assertiva.

Numa perspetiva formal, na UCV apresentei o tema do meu projeto: “a pessoa com alterações da deglutição pós-AVC” (cf. Apêndice VIII). Já era uma atividade planeada no projeto e, no campo de estágio, validando com o enfermeiro tutor e a enfermeira chefe considerou-se que eu poderia trabalhar a minha área de projeto uma vez que apesar dos colegas

já terem recebido formação neste sentido, era necessário lembrar e aperfeiçoar procedimentos. Na formação realizada participaram 7 enfermeiros.

Da formação o que mais gerou interesse e, segundo os enfermeiros o que mais contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados foi o conhecimento das diferentes consistências dos líquidos (líquido, néctar, mel e pudim), a importância de todos os enfermeiros avaliarem a deglutição com a mesma consistência, assim como o registo da consistência testada e a sua transmissão na passagem de turno.

No centro de saúde apresentei os temas:

- “A pessoa com alterações do padrão de eliminação vesical” (cf. Apêndice IX).

A formação foi sugestão do EEER face à dificuldade dos colegas de cuidados gerais colaborarem na reeducação vesical de uma cliente. Especificamente, a colega que estava em visita domiciliária não respeitou o horário estabelecido pelo EEER, algaliou a cliente e não contabilizou a quantidade de urina que drenou. Numa tentativa posterior, conseguimos a reeducação vesical da cliente com benefícios na qualidade de vida da mesma e na redução dos custos em saúde.

Na formação participaram 24 enfermeiros e no momento do debate houve muita interação com recurso a casos clínicos reais. Da formação resultou o desafio para marcarmos uma reunião com o intuito de cada equipa fazer o levantamento dos seus clientes com cateter vesical de longa duração, apresentar as indicações de cada cliente para a algaliação, selecionar os clientes para iniciar programa de reeducação vesical e discutir um plano de reeducação vesical individualizado. Esta reunião acabou por não acontecer no período em que o estágio decorreu por falta de tempo. No entanto, a enfermeira chefe disse que era um objetivo do Centro de Saúde.

- “A pessoa com alterações da deglutição pós-AVC” (cf. Apêndice X).

Face a recetividade da equipa de enfermagem, o conhecimento que se gerou na primeira formação e recebermos um caso de uma cliente que veio do internamento com SNG, a enfermeira chefe sugeriu que eu realiza-se outra formação na minha área de projeto. Após a nossa intervenção a cliente conseguiu iniciar dieta por via oral em segurança de forma eficaz, retirando a SNG.

Tal como a formação anterior teve uma grande participação por parte dos colegas e gerou-se novamente discussão com recurso a casos clínicos reais. Eram temas que vinham responder a contextos reais de cuidados e os conhecimentos trabalhados tinham aplicação quase imediata.

Na minha opinião, a receptividade das equipas à formação assim como a discussão gerada foi um reforço positivo à importância do EEER e contribui para atingir o objetivo da formação que era a partilha de conhecimentos e fomentar a prática baseada na evidência. O EEER por ser detentor de conhecimentos específicos na sua área de intervenção e assumir responsabilidades na área da melhoria da contínua da qualidade dos cuidados prestados impõe-se-lhe a necessidade de formação da equipa de trabalho. Para uma intervenção efetiva e eficiente é necessário o trabalho de uma equipa treinada e motivada.

Atividade 14: Desenvolver um programa de avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição

O meu projeto é fundamentalmente sobre a pessoa com alterações de deglutição pós-AVC, e ambiciona o desenvolvimento de um programa de avaliação destinado aos enfermeiros generalista que exercem funções no serviço onde desempenha funções (U-AVC do Funchal) e de reabilitação destinado aos EEER. O desenvolvimento de competência na área de projeto deu-se essencialmente no primeiro estágio (internamento), uma vez que na comunidade onde exerci o ensino clínico tive apenas uma cliente com alterações de deglutição.

Em seguida descrevo as etapas que deram origem ao programa final de avaliação e reabilitação das alterações da deglutição.

Inicialmente procedi a uma revisão da literatura sobre a temática em estudo. Da análise dos estudos constatou-se que existe unanimidade quanto à necessidade e importância do enfermeiro e do EEER receber formação adequada na avaliação e reabilitação da pessoa com alterações da deglutição pós-AVC, pois, e principalmente em unidades de internamento, o facto de os enfermeiros serem os profissionais que permanecem mais tempo com a pessoa, poderá contribuir para a avaliação e intervenção atempadas da pessoa com alterações da deglutição (Cardoso et al., 2011; Cichero et al., 2009). Concluiu-se também que um programa ideal destinado à avaliação e reabilitação das pessoas com alterações da deglutição pós-AVC deverá incluir as duas fases de avaliação da deglutição: indireta e direta, e os dois grupos de intervenções: as que previnem as complicações das alterações da deglutição e as que contribuem para a reeducação funcional da deglutição.

Numa primeira fase da criação do programa, desenvolveu-se um instrumento, essencialmente, com base nos resultados obtidos através da revisão da literatura (cf. Apêndice XI). O instrumento foi implementado durante o ensino clínico realizado na UCV e feito um pré-teste. O estudo foi do tipo descritivo simples e transversal. Em conformidade com a abordagem

teórica, esta etapa teve o intuito de identificar a pertinência dos itens incluídos para a avaliação da deglutição e identificar a prevalência de clientes com sinais sugestivos de disfagia.

Efetuuou-se a colheita de dados na UCV no período compreendido entre 15 de outubro e 13 de novembro. A escolha do local prendeu-se com os objetivos do estudo e com o facto de ser mais vantajoso, pois permite uma maior acessibilidade à população e um menor gasto de recursos: económico e de tempo.

No sentido de se compreender o fenómeno em estudo e atingirmos os objetivos delineados, todos os dados obtidos foram inseridos no programa estatístico SPSS 19.0 e foram tratados estatisticamente pelos autores. Na estatística descritiva foram pedidas para as variáveis nominais e ordinais tabelas de frequência, e para as variáveis numéricas medidas de localização (média, mediana, mínimo, máximo) e de dispersão (desvio padrão).

A amostra foi constituída pelos indivíduos da população em estudo que respeitaram o seguinte critério de inclusão: motivo de internamento AVC. Da população total (N=20 clientes), foram excluídos 3 clientes. Deste modo, a nossa amostra foi constituída por um total de 17 clientes, o que representa 85% da população. A amostra em estudo é constituída, maioritariamente, por indivíduos do género masculino, 9:52,9%. A idade oscila entre o mínimo de 20 anos e o máximo de 86 anos, sendo a sua média de, aproximadamente, 64 anos (+/-16 anos) e a mediana de, aproximadamente, 66 anos. A maior percentagem dos clientes da amostra sofreram um AVC isquémico, 15:88,2%. Quanto à localização anatómica da lesão, em 16 clientes identificou-se sinais agudos de lesão cerebral, sendo a maior percentagem do hemisfério direito 5:41,2%; do mesencéfalo, bulbo e cerebelo, 5:41,2% e da insula, 3:17,7%.

No que se refere aos sinais de disfagia, constata-se que 11:64,7% dos clientes apresentaram sinais de disfagia, sendo que em 3:17,6% dos clientes manteve-se a alimentação por via oral através do recurso a estratégia compensatórias da deglutição e em 8:47,1% dos clientes foi necessária a administração de alimentação e hidratação através da SNG (cf. Apêndice XII).

Analisando cada item separadamente, constata-se que, 100% dos clientes com alteração do estado de consciência, incapacidade para cumprir ordens de forma sistemática, controlo da saliva diminuído ou ausente, disartria moderada a grave e tosse voluntária ineficaz apresentavam sinais de disfagia ligeira a grave (cf. Apêndice XII). De salientar que em 62,5% dos clientes não foi possível testar a disartria (porque estavam afásicos), e a simetria da língua e do palato, pela sua não colaboração. Deste modo, julgamos que estes itens são dispensáveis de um programa de avaliação da deglutição para os enfermeiros generalistas.

Outro dado importante que vale a pena ressaltar é que as conclusões foram sustentadas na tomada de decisão de uma equipa de peritos (3 EEER) da UCV onde realizei o estágio. Nos clientes com alterações do estado de consciência, capacidade de gerir a saliva diminuída ou ausente e tosse ineficaz, suspendeu-se a avaliação da deglutição e os clientes foram automaticamente considerados como tendo disfagia. No entanto, houve três situações em que estes requisitos estavam presente e mesmo assim a fisiatra fez avaliação direta da deglutição e confirmou-se a presença de disfagia. Neste sentido considera-se que o instrumento reúne critérios de segurança para a avaliação simplificada das alterações da deglutição pós-AVC.

Após trabalhar a análise e discussão dos dados, concluiu-se que:

O instrumento mantém as duas etapas da avaliação, no entanto, na avaliação indireta serão avaliados apenas 3 itens: estado de consciência, capacidade de gerir a saliva e tosse voluntária. Na avaliação direta serão avaliadas as consistências: mel, néctar e líquido para os critérios: deglutição, alteração da qualidade e tom de voz, tosse involuntária e Sat.O2 (cf. Apêndice XIII).

Quanto às instruções do programa, a avaliação da deglutição faz-se nas primeiras 4h após a admissão, no primeiro levante e na alta. Durante o ensino clínico constatou-se que, por norma, a condição do cliente não se altera num período de 24horas. Normalmente, a maior mudança é no momento do levante, em que o cliente recuperou a estabilidade neurológica e hemodinâmica e está corretamente sentado (a postura influencia de forma determinante a alimentação). No local onde fiz o ensino clínico todos os clientes sentam-se no leito para as refeições, no entanto, no local onde trabalho isso não é possível. Pelo que este programa de avaliação está personalizado para o meu serviço.

O cliente é previamente posicionado para o lado menos lesado. Durante a avaliação da deglutição o enfermeiro apresenta-se pelo lado menos lesado e solicita ao cliente que ingira a água, começando pela consistência mel. Caso o cliente não seja independente, o enfermeiro substituiu-o. É solicitado ao cliente que coloque a cabeça numa posição neutra ou em flexão anterior. Nunca em extensão.

Os clientes que apresentem qualquer alteração do estado de consciência que os impeçam de se manterem acordados por um período de tempo superior a 15minutos, que não consigam deglutir a saliva ou que apresentem tosse ineficaz reúnem critérios para entubação nasogástrica e não se prossegue para a avaliação direta da deglutição.

Os clientes que estejam vigis, deglutam eficazmente a saliva e apresentem tosse eficaz reúnem critérios para a avaliação direta da deglutição com água com consistência mel. Se o

cliente apresentar sinais de disfagia tem indicação para entubação nasogástrica e dá-se por concluída a avaliação direta da deglutição. Se não apresentar sinais de disfagia prossegue-se com a avaliação de água com consistência néctar.

Na avaliação da consistência néctar se o cliente apresentar sinais de disfagia, faz dieta com consistência mel e pudim, e dá-se por concluída a avaliação direta da deglutição. Se não apresentar sinais de disfagia prossegue-se com a avaliação de água com consistência líquida.

Na avaliação da consistência líquida se o cliente apresentar sinais de disfagia, faz dieta com consistência néctar, mel e pudim, e dá-se por concluída a avaliação direta da deglutição. Se não apresentar sinais de disfagia, o cliente não apresenta alterações da deglutição e faz dieta normal.

A avaliação da deglutição, com recurso a este programa, é feita pelos enfermeiros generalistas. O EEER faz uma avaliação mais completa e a reeducação funcional da deglutição. Após o cliente estar com SNG, a decisão de alimentar oralmente e de retirar a SNG é da responsabilidade do EEER.

Faz parte deste programa de avaliação e reabilitação, a entrega de um panfleto sobre as alterações da deglutição destinado ao cliente, no sentido de reforçar a informação transmitida verbalmente (cf. Apêndice XIV). Criou-se o panfleto, no entanto, não houve oportunidade de o entregar a nenhum cliente pois teria que passar por aprovação do conselho de administração da instituição, pelo que não foi exequível a curto prazo, embora fosse uma necessidade sentida pelos profissionais de saúde. O panfleto ficou no serviço, disponível para futura aprovação do conselho de administração.

A reeducação funcional da deglutição é, como referido anteriormente, da competência do EEER. É individualizada face às necessidades de cada cliente. As estratégias de reabilitação consistem nas manobras compensatórias da deglutição, nos exercícios de shaker, exercícios da motricidade facial e laríngea, exercícios respiratórios e estimulação sensorial (cf. Apêndice XV).

De uma maneira geral, as atividades planeadas no projeto foram adequadas e suficientes para a concretização do objetivo, no entanto, saliento que geri todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram e deste modo realizei outras atividades que não estavam planeadas contribuindo para a aquisição e consolidação de conhecimentos e para uma aprendizagem mais efetiva.

Objetivo 4- Desenvolver um processo de cuidados de enfermagem integrando as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação identificadas em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária, concebendo, implementando e avaliando planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade

Atividade 15: Promover um clima de confiança que permita uma colheita de informação pertinente e completa e o desenvolvimento do processo de cuidados de enfermagem

O processo de cuidados de enfermagem que me refiro nesta atividade é aquele que permite elaborar com o cliente que é cuidado e, dependendo da sua situação, com a família um projeto de cuidados, ou seja, identificar com ele um horizonte para o qual deseje progredir. A primeira etapa desta ação consiste em estabelecer laços de confiança com o cliente, ao ponto deste crer que eu posso ajudá-lo, respeitando a sua individualidade.

Segundo Hesbeen (2000), tecer laços de confiança cimentados no respeito pela pessoa e que possibilitem caminhar com ela exige a conjugação de oito elementos: calor, escuta, disponibilidade, simplicidade, humildade, autenticidade, humor e compaixão. Segundo o mesmo autor, no ato de admissão ao internamento, a primeira etapa que conduz à confiança é aquela que permitir a diminuição da ansiedade associada a um ambiente que o cliente não conhece ou a uma situação inquietante.

Assim, no contato com o cliente e, dependendo da sua situação com a família: apresentei-me e mostrei disponibilidade, estando presente, respondendo às questões e identificando inquietações; tranquilizei o cliente e a sua família, explicando o funcionamento do serviço, indicando o horário das principais rotinas do serviço (horário das refeições, das visitas, da presença do enfermeiro e do médico, entre outros); escutei ativamente o cliente e a família; utilizei uma linguagem acessível; exerci a profissão com verdade para comigo, e consequentemente, com verdade na relação estabelecida entre enfermeiro-cliente; revelei-me como prestadora de cuidados capaz de recuar, relativizando as coisas e identificando, quando possível, os aspetos positivos ou interessantes para o futuro; e partilhei o sofrimento do outro, aligeirando assim o fardo carregado tanto pelo cliente quanto pela sua família.

Tal como refere Hesbeen (2000), após a instauração do clima de confiança, o cliente e a sua família exprimiram-se de bom grado e espontaneamente, contribuindo para uma colheita de informação pertinente e completa.

Atividade 16: Fazer a avaliação de enfermagem de reabilitação

No decurso do ensino clínico adquiri competências práticas na avaliação da pessoa/família, no que se refere, à identificação das necessidades de autocuidado, à deteção de riscos, à limitação da atividade, e à restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania.

Na primeira semana dos ensinamentos clínicos observei o enfermeiro tutor a fazer a avaliação de reabilitação. Particularmente, no estágio realizado na UCV senti dificuldades pois o EEER tinha muitos focos de atenção e conseqüentemente muitas dimensões a avaliar. No sentido de ultrapassar esta dificuldade construí um guião para a avaliação inicial, onde constava, essencialmente, instrumentos de medida. A justificação para a utilização destes instrumentos prende-se com o facto de proporcionarem dados uniformes, destinados a mostrar os verdadeiros progressos adquiridos pelos clientes (Laíns, 1990).

Em seguida faço alusão aos instrumentos de medida que inclui neste meu guião: NIHSS; escala do Medical Research Council para avaliação da força muscular; escala de Ashworth modificada; escala de Barthel; escala de Medida de Independência Funcional (MIF); MoCA versão portuguesa; escala de Braden; escala de Morse; o instrumento criado por mim para a avaliação da deglutição na pessoa com AVC; a avaliação dos pares cranianos; a história de doença atual e pregressa; a história terapêutica; a história familiar e social; a avaliação da respiração e a determinação da frequência cardíaca de treino (cf. Apêndice XVI). De salientar que o estudo psicométrico dos instrumentos utilizados revelam que têm níveis de fidelidade e validade moderados a elevados.

Validei o guião de avaliação inicial com o enfermeiro tutor e este facultou-me uma folha de registo de enfermagem de reabilitação que continha a avaliação dos seguintes itens: limitação articular; força muscular; tónus; sensibilidade; equilíbrio; eliminação vesical e intestinal, e grau de dependência nos seguintes autocuidados (mover-se na cama, transferência para a cadeira, marcha, higiene, vestuário e alimentação).

Assim, do meu documento retirei a avaliação da força e o tónus muscular, uma vez que já estava contemplado no instrumento facultado pelo enfermeiro tutor e anexei o instrumento facultado ao meu guião da avaliação inicial.

No que respeita ao estágio realizado na comunidade e no que respeita à avaliação das amplitudes articulares é de salientar a utilização do **goniómetro**. As amplitudes articulares dos clientes cuidados foram comparadas com os valores normais de cada articulação (cf. Anexo III).

No Centro de Saúde tive também oportunidade de adquirir e consolidar as competências adquiridas na avaliação da pessoa com alterações do aparelho respiratório.

Em suma, estes instrumentos de avaliação revelaram-se fundamentais para compreender os aspetos onde o plano de reabilitação tem que incidir, assim como permitiram treinar a sua aplicação para que, em futuras situações como EEER, seja mais fácil a sua utilização. Constituiu uma estratégia bastante positiva que me ajudou a delimitar prioridades e a gerir os cuidados a prestar, bem como, a traçar um plano terapêutico de reabilitação adequado a cada cliente, pelo que futuramente como EEER, continuarei a aplicar estes instrumentos de avaliação.

Atividade 17: Planear ações de enfermagem de reabilitação em função dos resultados esperados e recursos disponíveis, elaborando o plano de cuidados o mais precocemente possível

Atividade 18: Implementar intervenções de enfermagem de reabilitação em função dos planos de cuidados elaborados

Após a avaliação inicial: analisei com o cliente e, quando se mostrou necessário, com a família as alterações da funcionalidade; defini com o cliente/família as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir; promovi a autonomia e a qualidade de vida; estabeleci prioridades e hierarquizar os problemas de enfermagem de reabilitação em conjunto com o cliente/ família; elaborei planos de cuidados de reabilitação tendo sempre em conta a participação e o envolvimento do cliente e da sua família e validei-os com o enfermeiro tutor; esclareci dúvidas e validei os ensinamentos, com o intuito de mantê-los motivados na recuperação da função, prevenir lesões e evitar acidentes e quedas; disponibilizei tempo para sessões de treino; e mantive atualizados os planos de cuidados, adequando-os às alterações da condição do cliente.

Os principais diagnósticos de enfermagem de reabilitação identificados foram os seguintes: capacidade comprometida para: tomar banho; cuidar da higiene pessoal; vestir-se e despir-se; alimentar-se; transferir-se; virar-se; sentar-se; erguer-se; andar; andar com auxiliar de marcha; usar o sanitário. Deglutição comprometida. Paralisia do hemicorpo direito/esquerdo atual. Parésia do hemicorpo direito/esquerdo atual. Risco de espasticidade. Cinestesia

diminuída. Negligência unilateral atual. Limpeza das vias aéreas comprometida. Equilíbrio comprometido. Retenção urinária. Conhecimento diminuído.

Atualmente, a maior parte dos serviços de saúde utilizam o sistema de informação eletrônico o que eu considere como uma vantagem. Cada serviço tem parametrizado os catálogos com os diagnósticos e as intervenções mais comuns, sendo necessário apenas selecionar os diagnósticos e as intervenções que mais se adequam a cada cliente e família.

Em suma, as atividades planejadas no projeto foram pertinentes e relevantes para a concretização do objetivo, no entanto, realizei outras atividades que não estavam planejadas contribuindo para aumentar e diversificar o leque de experiências e para uma maior e melhor mobilização dos conhecimentos à prática clínica.

Objetivo 5 – Interagir com a pessoa no sentido de desenvolver e propor atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal

Atividade 19: Conceber e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação

Atividade 20: Ensinar, instruir e treinar técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardiorrespiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa

Segundo Hesbeen (2010), a reabilitação combina uma disciplina e um espírito cujo objetivo é trabalhar para que os indivíduos e as populações afetadas por uma determinada deficiência ou incapacidade, se tornem o mais independentes possível perante as situações que encontram ou que irão encontrar no seu dia-a-dia, evitando que o peso da existência, devido às suas particularidades, se torne demasiado difícil de suportar.

Deste modo, após a avaliação inicial e identificação das necessidades de cada cliente: prescrevi e realizei intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação e da eliminação; elaborei e implementei programas de treino de autocuidado visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; selecionei e prescrevi produtos de apoio, quando necessário, ensinando e supervisionando a sua utilização tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa; elaborei e desenvolvi planos e programas que permitiram maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciando o rendimento e desenvolvimento pessoal e/ou reduzindo o risco de incapacidade; e ensinei, instruí e treinei o cliente e família

sobre técnicas que promovem o autocuidado e a continuidade de cuidados nos diferentes contextos.

Tendo sempre como referência a linha de pensamento desenvolvida por Dorothea Orem e da Teoria de Autocuidado procurei estruturar as minhas intervenções com base na identificação dos requisitos do autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa, identificando os fatores condicionantes da pessoa (internos e externos), assim como, os fatores facilitadores e inibidores para a realização do autocuidado, no contexto de vida específico de cada um.

Durante as minhas intervenções recorri frequentemente aos sistemas de enfermagem propostos pela Teoria de Autocuidado, avaliando em qual o cliente se situa, assim como, utilizei sempre os seus modos de ação para maximizar todo o seu potencial, tendo em conta objetivos individuais, necessidades e os diferentes contextos, internamento e comunidade.

Neste sentido, durante o ensino clínico realizado na UCV, nos clientes que apresentaram alterações da mobilidade ensinei, instruí e treinei-os e, quando necessário, a família sobre as atividades de i) facilitação cruzada, ii) indução de restrições, iii) posicionamento em padrão anti-espástico, iv) estimulação sensorial, v) programa de mobilizações, vi) atividades terapêuticas no leito: rolar, ponte, rotação controlada da coxo-femoral, automobilizações, carga no cotovelo, vii) equilíbrio, viii) autocuidado: tomar banho, cuidar da higiene pessoal, vestir-se e despir-se, alimentar-se, sentar-se, erguer-se, andar, andar com auxiliar de marcha e usar o sanitário.

Nos clientes que apresentaram alterações da motricidade facial ensinei, instruí e treinei-os e, quando necessário, a família sobre a massagem e reeducação dos músculos da face.

Nos clientes que apresentaram alterações da linguagem (afasia) ensinei estratégias de comunicação e incentivei a identificação de objetos e a função dos mesmos, a leitura e a escrita. Pedi à família para trazer fotografias para o cliente poder identificar.

Nos clientes que apresentaram alterações da deglutição ensinei, instruí e treinei-os e, quando necessário, a família sobre manobras posturais, mudanças da consistência alimentar, cuidados de higiene orais, dispositivos de apoio, administração de alimentação e hidratação através da SNG, exercícios de estimulação intra e peri-oral, exercício de Shaker, exercícios respiratórios, manobras compensatórias da deglutição: deglutição múltipla, manobra de Mendelsohn, deglutição supraglótica, deglutição super-supraglótica. Fiz ensinamentos sobre os sinais e sintomas de disfagia e o que fazer (cf. Apêndice XV).

Nos clientes que apresentaram alterações das capacidades práxicas ensinei, instruí e treinei-os e, quando necessário, a família sobre as atividades de coordenação e destreza.

Nos clientes que apresentaram alterações da eliminação intestinal e vesical ensinei, instruí e treinei-os e, quando necessário, a família sobre as técnicas comportamentais e farmacológicas (especialmente laxantes) de reeducação da função.

Nenhum cliente me verbalizou alterações da sexualidade, no entanto, identifiquei numa mulher jovem déficit de conhecimento sobre quando recomeçar a atividade sexual. A minha intervenção foi de ensino, no AVC isquêmico normalmente após 10 dias de estabilidade neurológica e hemodinâmica. Na trombose dos seios venosos após a alta hospitalar e no AVC hemorrágico após a consulta de seguimento (2 meses após a alta hospitalar). Inicialmente o cliente deve assumir posições mais passivas.

Desenvolvi intervenções no sentido de prevenir as complicações do AVC, nomeadamente, síndrome do ombro doloroso e luxação do ombro, pneumonia de aspiração, infeção respiratória, trombose venosa profunda, úlcera por pressão e depressão. Ensinei, instruí e treinei os clientes e, quando necessário, a família sobre as complicações pós-AVC e a forma de intervir.

Houveram dois clientes que apresentaram complicações do AVC, nomeadamente, infeção respiratória, nestes por serem clientes totalmente dependentes e nada colaborantes realizei posições de relaxamento, exercícios de abertura costal seletiva, terapêutica de posição, drenagem postural, manobras acessórias e aspiração de secreções. Geri a oxigenoterapia e a inaloterapia.

No estágio realizado na comunidade contatei, essencialmente com clientes do foro ortopédico, com síndrome do canal cárpico, fraturas: de colles, do maléolo, intertrocânticas, do cotovelo, da parte anterior do pé, do úmero e tive também oportunidade de intervir junto de clientes com luxação traumática do ombro, prótese do joelho e lesão do plexo braquial. Os principais objetivos da reabilitação são prevenir as consequências das fraturas, da imobilização e da cirurgia, manter as amplitudes articulares, aumentar o tónus e a força muscular, e melhorar a destreza. Neste sentido, as minhas intervenções tiveram em conta as fases e o tempo necessário para a consolidação óssea (formação do hematoma fraturado - 1 hora; organização do hematoma - 2 semanas; formação do calo ósseo - 6 semanas; consolidação por osso lamelar - 3 meses e remodelação - 1 a 5 anos) (Serra, 2012) e para a cicatrização.

Nos clientes com fraturas dividi a minha intervenção em 3 fases: fase de repouso/imobilização; fase pós-imobilização ou recuperação da mobilidade articular, e fase de restauro

final das amplitudes articulares e potencialização muscular. Durante o estágio tive oportunidade de intervir apenas nas duas primeiras fases uma vez que na terceira fase os clientes já iniciaram o programa de fisioterapia e recebem alta da enfermagem de reabilitação.

Na fase de repouso/ imobilização das fraturas, a minha intervenção incidiu essencialmente no despiste de sinais de compromisso neuro-circulatório e alterações da integridade cutânea, substituição e ajustamento das ligaduras da tala gessada, ensinamentos sobre os cuidados a ter com a imobilização e importância de mobilizar as articulações não imobilizadas.

Na fase pós-imobilização das fraturas, a minha intervenção incidiu essencialmente em massagem, mobilização articular, exercícios de fortalecimento muscular e ensino para a retoma gradual das AVD. Nas fraturas dos membros inferiores atuei, igualmente, no treino de equilíbrio e marcha com auxiliar de marcha (andarilho ou canadianas- inicialmente duas e numa fase posterior uma canadiana), subir e descer escadas e rampas.

Nos clientes com luxação traumática do ombro, na fase de imobilização, avaliei sinais de compromisso neuro-circulatório, ajustei e substituí imobilização de Gerdy e orientei para exercícios ativos da mão, na fase pós-imobilização antes da reabilitação fiz massagem de deslizamento para permitir uma melhor flexibilidade articular e relaxamento; instruí, treinei e assisti na mobilização ativa e nos exercícios de fortalecimento muscular; orientei para atividades bilaterais e para a retoma gradual das AVD.

Nos clientes com síndrome do canal cárpico, fiz penso da ferida cirúrgica, retirei pontos, fiz massagem, instruí e treinei a mobilização articular ativa, exercícios de fortalecimento muscular e de motricidade grossa e fina. Orientei para a retoma gradual das AVD.

Nos clientes com prótese do joelho, fiz penso à ferida, massagem, instruí e treinei a mobilização articular ativa e ativa assistida, exercícios de fortalecimento muscular, fiz treino de marcha com duas e uma canadiana (fase posterior), treinei subir e descer escadas e rampas.

Nos clientes com lesão do plexo braquial, instruí para a aplicação de calor antes da sessão de reabilitação, mobilização articular passiva dentro dos limites da dor, instruí e treinar mobilização articular ativa-assistida, instruí para a realização de exercícios bilaterais, ensinei estratégias compensatórias para a realização do autocuidado, fiz ensinamentos aos familiares. Colaborei na referenciação para o médico de família para a realização de exames complementares de diagnóstico que permitam compreender melhor a lesão e para o encaminhamento para a fisioterapia.

Em todos os clientes ensinei os exercícios para realizar no domicílio e motivei para a continuidade do programa de reabilitação no domicílio.

Também no Centro de Saúde de Machico e depois no Bom Jesus, tive oportunidade de trabalhar com clientes do foro respiratório, com características completamente distintas das que eu tinha encontrado no internamento. Trabalhei com adultos e crianças colaborante e nestes pude colocar em prática as técnicas clássicas de reeducação funcional respiratória (RFR), as técnicas adjuvantes aos exercícios de RFR (ex. posicionamento) e utilizar aparelhos auxiliares (ex. flutter, acapella, nebulização com soro fisiológico)

As patologias do foro respiratório dividem-se em dois grandes grupos: as de carácter restritivo (ex. pneumonia, derrame pleural e pneumotórax) e as de carácter obstrutivo (ex. doença pulmonar obstrutiva crónica [DPOC], asma, síndrome de apneia do sono). No entanto, existem situações que os clientes apresentam concomitantemente patologia respiratória obstrutiva e restritiva (ex. cliente com DPOC que desenvolveu uma pneumonia).

No ensino clínico tive oportunidade de intervir junto de clientes com pneumonia. Os objetivos da RFR para estes clientes são: a reexpansão pulmonar do lado afetado, a drenagem de secreções, a promoção da tosse eficaz e a reeducação ao esforço. Deste modo, na sessão de RFR utilizei as seguintes técnicas de RFR: respiração diafragmática, ensino da tosse eficaz, drenagem de secreções associado a manobras acessórias (vibração e compressão) e drenagem postural, a utilização de espirometria de incentivo, exercícios de expansão torácica com bastão e o ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), e ensino de exercícios de âmbito geral: marcha, bicicleta e natação. Utilizei também técnicas de posicionamento do cliente que atuam como adjuvante aos exercícios de RFR, proporcionando uma ventilação mais eficaz. Utilizei também atmosfera húmida antes da sessão de RFR, permitindo a fluidificação das secreções e a melhor progressão destas na árvore brônquica (Romão, Dias & Moreno, 2012; Heitor et al., 1988).

Intervi, igualmente, junto de clientes com DPOC e asma. Os objetivos da RFR nestes clientes são: facilitar a eliminação de secreções, prevenir e corrigir os defeitos posturais e as deformidades torácicas. Assim no ensino clínico pude adquirir competências no ensino das posições de descanso e relaxamento nas crises de dispneia para diminuir a sobrecarga muscular e a ansiedade e facilitar o controlo da respiração; dos métodos de limpeza das vias aéreas para evitar a retenção de secreções e a obstrução brônquica; do controlo da respiração com aquisição de um ritmo mais apropriado e eficaz, diminuindo o trabalho respiratório; da correção das

assinergias e defeitos ventilatórios através de exercícios de reeducação respiratória localizados e globais, predominantemente de tipo abdomino-diafragmático e costal inferior; da prevenção e correção de defeitos posturais e das deformidades torácicas; e da reeducação no esforço.

Nos clientes com asma temos a fase de crise e a fase intercrise. Na fase de crise os objetivos da RFR são o alívio do broncospasmo e o controlo da respiração. Para tal recorri ao uso de aerossol com broncodilatador, à posição de descanso, descontração da parte superior do tórax, cintura escapular e pescoço e encorajei a respiração abdomino-diafragmática. Na fase intercrise os principais objetivos da RFR são: aquisição de um controlo da respiração e preparação para vencer eventual crise, deste modo treinei as posições de descanso e relaxamento; ensinei o controlo da respiração; medidas para facilitar a eliminação de secreções nos clientes com broncorreia; correção das assinergias e defeitos ventilatórios; exercícios de reeducação abdomino-diafragmáticos e costais seletivos e globais e reeducação no esforço aumentando a tolerância (Menoita, Costa, Matias & Cordeiro, 2012; Heitor et al., 1988).

Quero salientar que todas as intervenções implementadas respeitaram o rigor da evidência científica e atenderam à individualidade de cada cliente e família.

A maior dificuldade desta atividade surgiu nos cuidados de saúde primários (no Centro de Saúde), pois o EEER tem que estar preparado para todas as situações que lhe possam surgir. O domínio da sua intervenção é mais abrangente. Enquanto em serviços de internamento o EEER sabe à partida que terá clientes apenas com AVC, isto no caso das Unidades de AVC. Esta dificuldade foi ultrapassada consultando a agenda do EEER para o dia seguinte e preparando as sessões de reabilitação previamente.

Atividade 21: Promover a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação

Nas últimas décadas temos vindo a notar um aumento da esperança média de vida, o que contribuiu de forma significativa para que um maior número de pessoas que vive na comunidade necessite de qualquer tipo de reabilitação para o resto da sua vida. Concomitantemente a esta situação, deparamo-nos com a diminuição e escassez de recursos, exigindo que o EEER e os outros profissionais de saúde se tornem peritos em assegurar um retorno ao domicílio bem-sucedido e sejam politicamente ativos para garantir a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação às pessoas com incapacidade (Glenn, 2011). Neste sentido, os prestadores de cuidados que trabalham no

hospital e os que trabalham no domicílio têm funções distintas e que se complementam (cf. Apêndice XVII).

Como já referi anteriormente iniciei o meu ensino clínico num serviço de internamento hospitalar. Neste promovi a continuidade dos cuidados essencialmente através dos registos de enfermagem (avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, plano de cuidados e notas evolutivas do estado do cliente); das passagens de turno; da elaboração da nota de transferência/alta; do contato telefónico ou direto com o colega do serviço para o qual o cliente foi transferido (quando houve necessidade de reforçar a informação escrita); do ensino, instrução e treino de familiares/pessoas significativas e da referenciação para outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente o serviço social. Planeei a alta/ transferência dos clientes, de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade (ex. rede nacional de cuidados continuados e integrados (RNCCI); serviço de reabilitação do centro de saúde da área de residência e instituições privadas de apoio ao cliente). No entanto, apenas quando fiz o meu ensino clínico na comunidade é que tomei real consciência do longo percurso que o cliente tem para percorrer até à sua reintegração na comunidade, dos reais recursos existentes e das dificuldades sentidas pelo cliente e pela família. As principais barreiras sentidas foram a falta de transporte acessível, o difícil acesso a profissionais experientes e a restrita disponibilidade de casas acessíveis.

Em suma, o retorno bem-sucedido à comunidade implica um plano de alta cuidadoso, e os resultados para os clientes e suas famílias melhoram com a colaboração interdisciplinar, incluindo a dos profissionais dos serviços de internamento e dos cuidados de saúde primários, do médico de família, do cliente e da família (Glenn, 2011).

Atividade 22: Avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados

A avaliação, monitorização e reformulação dos programas e intervenções implementadas foram uma constante sempre que se justificou, mediante o projeto individual de cada pessoa/família e tendo em conta os resultados esperados e os obtidos. No mesmo contexto, apesar de este estágio ser direcionado para desenvolver a componente das alterações de deglutição, foi sempre realizada uma abordagem holística da pessoa em todas as suas dimensões.

Através da avaliação dos planos de cuidados e da utilização de escalas de avaliação pude constatar que a minha intervenção contribuiu para ganhos em saúde. A mudança no diagnóstico

para um nível melhorado ou até mesmo atual foi uma constante, e o mesmo aconteceu com a prevenção de complicações.

No estágio realizado na UCV, intervi com sucesso na reabilitação das alterações do autocuidado, da eliminação, do equilíbrio, da deglutição, da linguagem, da atenção (*neglect*); e na prevenção e minimização das complicações decorrentes do AVC. Uma dificuldade sentida prendeu-se com o facto das médias de internamento serem curtas, contribuindo para que eu trabalhasse com o mesmo cliente dois turnos. Os maiores ganhos fizeram-se notar nos clientes que tiveram internamentos mais prolongados.

No estágio da comunidade, intervi com sucesso junto de clientes dependentes reeducando a função deglutição e eliminação, e fazendo ensino à família sobre os autocuidados, isto em contexto de domicílio. No Centro de Saúde os ganhos em saúde sensíveis à minha intervenção foram essencialmente na prevenção de complicações, manutenção das amplitudes articulares, tónus e força muscular, independência funcional, ventilação e limpeza das vias aéreas. No Centro de Saúde, a intervenção do EEER era por um período mais longo comparativamente ao do internamento, contribuindo para mais ganhos em saúde.

Realizei todas as atividades planeadas, no entanto, tive dificuldades na atividade promover a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Foi difícil comunicar com o EEER da comunidade e, poucas vezes, foi possível realizar a avaliação e intervenção do EEER desenvolvida no internamento, na nota de alta.

3. AVALIAÇÃO

Neste capítulo farei uma análise crítica do percurso realizado ao longo dos estágios, salientando os pontos fortes e fracos, as oportunidades e as ameaças, e a contribuição do projeto e deste relatório de estágio para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Objetivo 1- Ponderar, na tomada de decisão, a dimensão ética, garantindo uma prática profissional segura e a qualidade do processo de cuidados.

Considero que atingi o objetivo, na medida em que realizei a maioria das atividades, à exceção de uma e obtive os indicadores e critérios de avaliação planeados. Por um lado, não formulei juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida; cuidei da pessoa sem qualquer discriminação económico-social, política ou religiosa; documentei o processo de cuidados, evidenciando os elementos envolvidos na tomada de decisão; colaborei na tomada de decisão em equipa; e reflecti sobre as decisões tomadas tendo em conta o processo e a ponderação realizada. E por outro os clientes/ família evidenciaram satisfação em relação aos cuidados de enfermagem prestados por mim, relativamente: ao respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e desejos. Esta evidência foi demonstrada, subjetivamente, pela aceitação dos clientes/ família face aos meus cuidados, solicitaram-me em caso de dúvidas ou quando queriam partilhar uma informação que julgaram importante, mantiveram-se motivados e colaborantes no programa de reabilitação e atentos aos ensinamentos que realizei. Atualmente, julgo que poderia ter utilizado instrumentos de avaliação da satisfação do cliente/ família e assim obter um indicador quantitativo (objetivo). No futuro quando pretender medir o indicador do nível de satisfação recorrei à utilização de instrumentos de avaliação validados.

Objetivo 2 - Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos clientes (indivíduos ou grupos).

Todas as atividades planeadas para este objetivo foram executadas e mostraram-se pertinentes e relevantes.

Os indicadores e critérios de avaliação que confirmam que este objetivo foi atingido são os seguintes: os clientes/ família evidenciaram satisfação em relação aos cuidados de enfermagem prestados por mim, relativamente às suas necessidades culturais e espirituais; ao seu bem-estar e às condições ambientais indispensáveis à qualidade e segurança dos cuidados.

Apesar de, mais uma vez, não ter utilizado um instrumento de avaliação que comprovasse o nível de satisfação, considerei a relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro-cliente/família como indicador.

Outro indicador e critério de avaliação foi o meu comportamento profissional: comuniquei e documentei os cuidados prestados: com vista à satisfação das necessidades culturais e espirituais; sobre o ambiente em que se realizaram os cuidados, assim como as ações de prevenção de danos nos clientes e outros intervenientes nos cuidados.

No futuro, considero, mais eficaz apresentar indicadores quantitativos como por exemplo: (n. de registos com vista à satisfação das necessidades culturais e espirituais/total de registos)*100%; (n. de registos sobre o ambiente em que se realizaram os cuidados/total de registos)*100% e (n. de registos de ações de prevenção de danos nos clientes e outros intervenientes nos cuidados/total de registos)*100%.

Objetivo 3 - Assentar os processos de tomada de decisão e as intervenções de enfermagem de reabilitação (em particular na área da avaliação e reabilitação das pessoas com alterações da deglutição pós-AVC) em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-me como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Considero que superei este objetivo, uma vez que, geri todas as oportunidades de aprendizagem, contribuindo de forma decisiva para aumentar e diversificar o leque de experiências e adquirir competências de EEER. Fiz todas as atividades planeadas e ainda: duas revisões integrativas da literatura, fichas resumo de leitura, certificação *online* da escala do NIHSS, pré-teste do instrumento de avaliação elaborado e um estudo descritivo. Frequentei três unidades curriculares da pós-graduação em AVC, promovida pela Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, participei na 5ª Reunião das unidades de AVC e no Congresso Português do AVC, apresentei um póster no Congresso Nacional do AVC intitulado: Avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição e esbocei dois artigos para posterior submissão em revistas de divulgação de conhecimento científico.

Como indicadores e critérios de avaliação saliento que fundamentei as intervenções de enfermagem de reabilitação numa apreciação rigorosa do cliente e na evidência científica; adoptei práticas adequadas a um processo de reabilitação eficaz e eficiente, demonstrado pelos resultados de enfermagem de reabilitação; elaborei um programa de avaliação e reabilitação da

pessoa com alterações pós-AVC e obteve uma avaliação positiva das sessões de formação realizadas, em termos de participação bem como da relevância pedagógica e técnico-científica para o desempenho dos formandos e do serviço.

No final da formação realizada na UCV dei um instrumento de avaliação da sessão criado por mim, onde os enfermeiros avaliavam numa escala de Linkert de 1 (nem um pouco) a 6 (totalmente), a adequação da temática, a clareza da informação transmitida, a satisfação das expectativas para a formação, a contribuição para a melhoria contínua dos cuidados e globalmente, a importância/pertinência da formação. Tinha um espaço aberto onde os enfermeiros poderiam preencher os aspetos que gostariam de ter visto abordados e sugestões/críticas. Todos os enfermeiros avaliaram positivamente todos os itens que constituía o instrumento e um enfermeiro sugeriu que eu utilizasse um vídeo para demonstrar as fases da deglutição. Apesar de, inicialmente, ter considerado uma estratégia positiva no final do preenchimento do instrumento de avaliação senti que os enfermeiros independentemente do meu desempenho iam avaliar positivamente a sessão por eu me encontrar na condição de aluno e acharem que seria importante para a minha avaliação de estágio. Por este facto não utilizei este instrumento de avaliação quando fiz as sessões de formação no Centro de Saúde de Machico, usando como indicador o tempo utilizado no debate de cada sessão que foi de aproximadamente 20min. Quanto maior o tempo de debate maior interesse a formação suscitou.

Objetivo 4 - Desenvolver um processo de cuidados de enfermagem integrando as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação identificadas em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária, concebendo, implementando e avaliando planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Considero que este objetivo foi superado na medida em fiz todas as atividades planeadas e ainda fiz um instrumento de avaliação com escalas validadas e com índices de confiabilidade moderado a elevado. Fundamentei as intervenções de enfermagem numa apreciação rigorosa do cliente e na evidência científica, tendo como orientação o modelo teórico de Orem; realizei a avaliação do cliente nas primeiras 24 horas de contacto, preenchendo o instrumento de colheita de utilizado no serviço; planei as ações de enfermagem de reabilitação em função dos

resultados esperados e recursos disponíveis nas primeiras 24 horas de contacto e atualizei-o sempre que a situação se alterou; documentei em notas evolutivas, todas as intervenções realizadas e as reacções do cliente/ família; através da utilização das escalas Braden, Morse, Barthel e MIF demonstrei ganhos em saúde sensíveis aos cuidados do EEER. Apesar de muitos clientes apresentarem alto risco de úlcera por pressão e alto risco de queda, nenhum cliente adquiriu uma úlcera por pressão ou caiu no internamento, assim como nenhum cliente agravou o nível de dependência inicial e a maior parte dos indivíduos transitaram de níveis de dependência grave e moderada para níveis de dependência moderada e ligeira, respetivamente. Documentei intervenções dirigidas à garantia da continuidade dos cuidados.

No futuro, através do sistema de informação informatizados, facilmente tenho acesso aos indicadores quantitativos como por exemplo: (avaliações iniciais efetuadas nas primeiras 24h/n. total de avaliações iniciais)*100%; (indivíduos com dependência grave no levante/total de indivíduos)*100%; (indivíduos com dependência grave na alta/total de indivíduos)*100%; (indivíduos com dependência moderada no levante/total de indivíduos)*100%; (indivíduos com dependência moderada na alta/total de indivíduos)*100%; (indivíduos com dependência ligeira no levante/total de indivíduos)*100%; (indivíduos com dependência ligeira na alta/total de indivíduos)*100%; os diagnósticos de enfermagem de reabilitação formulados; as alterações no diagnóstico.

Objetivo 5 - Interagir com a pessoa no sentido de desenvolver e propor atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

Todas as atividades planeadas para este objetivo foram realizadas e mostraram ser adequadas. No entanto, tive algumas dificuldades na realização da atividade promover a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no momento da alta. Por condicionalismo/ limitação do sistema informático, as notas de alta só podem ser feitas no momento da alta, implicando, por vezes, que na nota de alta não conste a avaliação e intervenção de reabilitação. No futuro, este problema não se coloca, uma vez, que o sistema informático utilizado na Região Autónoma da Madeira permite que as notas de altas sejam realizadas a partir da admissão e sejam atualizadas ao longo do internamento. Uma possível forma de ultrapassar este problema a nível nacional seria por exemplo criar um documento word

onde o enfermeiro especialista faria a sua avaliação e intervenção e no momento da alta o enfermeiro responsável pelo cliente copiaria o registo e colaria na nota de alta.

Este objetivo foi atingido na medida em que concebi e implementei programas de treino motor e cardiorrespiratório com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação; ensinei, instruí e treinei técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardiorrespiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa; motivei os clientes para o programa de reabilitação e integrei a família no programa de reabilitação sempre que a situação o justificou, e na medida do possível, promovi a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Os clientes mantiveram-se motivados e colaborantes no programa de reabilitação, atentos aos ensinamentos realizados por mim, demonstraram os conhecimentos adquiridos nos ensinamentos e verbalizaram estar satisfeitos com os resultados esperados.

No futuro quando pretender trabalhar este objetivo utilizei indicadores como por exemplo: número de ensinamentos realizados, principais focos de enfermagem abordadas nos ensinamentos (em percentagem), principais focos de intervenção do EEER (em percentagem), principais intervenções do EEER (em percentagem), principais resultados de enfermagem de reabilitação (em percentagem), principais complicações (em percentagem).

Em suma, a concretização das atividades planeadas e de outras que se tornaram pertinentes contribuíram de forma decisiva para que os objetivos fossem atingidos e superados, e para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER, nomeadamente: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa; gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar; e concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Estas e outras competências terão que ser desenvolvidas no exercício da minha especialidade no local onde ficar a exercê-la. Concretamente as competências: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na

área da governação clínica; desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Como pontos fortes do meu processo de aprendizagem saliento a utilização de instrumentos de avaliação validados na UCV, a realização de um estudo descritivo; de duas revisões integrativas da literatura e a divulgação do conhecimento através da apresentação do póster no Congresso Português do AVC e da projeção da publicação de dois artigos em revistas de divulgação de conhecimento científico.

Como pontos fracos refiro a não utilização de instrumentos de avaliação validados no estágio da comunidade e o facto de não ter avaliado a satisfação dos clientes/ família face os meus cuidados, com instrumentos de medida.

Além dos pontos fortes e fracos quero frizar que surgiram oportunidades de aprendizagem que não estavam planeadas, tais como a participação na 5ª Reunião das unidades de AVC e no Congresso Português do AVC, e a possibilidade de frequentar três módulos da pós-graduação em AVC e fazer a certificação *online* da escala NIHSS.

A principal ameaça sentida foi a resistência inicial à mudança.

Com a realização deste relatório de estágio surgem algumas sugestões para o ensino em enfermagem (ex. no programa curricular seja dada maior ênfase a esta temática e intervenção tão importante do enfermeiro), para a prática dos cuidados (ex. a realização e implementação de protocolos de avaliação da deglutição e de estratégias de intervenção junto das pessoas com alterações de deglutição; e a atualização dos planos de cuidados para o foco de enfermagem deglutir) e para a investigação (ex. revela-se necessária a realização de estudos sobre a eficácia das intervenções de enfermagem de reabilitação junto das pessoas com esta necessidade específica).

4. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

De acordo com Benner (2001), os enfermeiros apresentam cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. No início do curso identifiquei-me como enfermeira generalista competente na avaliação e intervenção da pessoa com condição clínica AVC e ansiava caminhar para o nível de EEER, adquirindo competências especificamente junto da pessoa com alterações de deglutição. Neste âmbito, surge a seguinte questão: quais as principais diferenças entre estes dois níveis, o atual e o pretendido?

Segundo Benner (2001) a enfermeira competente “(...) tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática da enfermagem” (p.54). E acrescenta que a eficiência e organização da enfermeira são adquiridas através da planificação consciente e deliberada que faz. Por outro lado, o EEER possui um “elevado nível de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Concebe, implementa e monitoriza planos diferenciados, e o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (OE, 2010, p.1). Assim as competências específicas do EEER são as seguintes:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Os conhecimentos teóricos assim como a experiência adquirida em contexto de ensino clínico contribuíram para que a aquisição de competências de EEER fosse progressiva e crescente. Como acredito e defendo que é impossível tornarmo-nos indiferentes ao conhecimento, apliquei na minha prática diária de prestação de cuidados os conhecimentos que ia adquirindo. Transmitia os conhecimentos que ia adquirindo à equipa e fomentava a análise e reflexão clínica. Nem sempre foi um caminho fácil, a resistência à mudança é uma constante no nosso dia-a-dia, mas aprendi que a melhor maneira de educar é tornando-nos o modelo.

Quando fazemos e obtemos resultados, as pessoas reconhecem o valor da nossa intervenção e querem também fazê-lo.

A prática clínica foi uma estratégia eficaz para reforçar e consolidar os conhecimentos teóricos-práticos, e constituiu um importante momento para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, através da efetivação das atividades previamente planeadas no projeto e da concretização de outras atividades que se revelaram importantes para diversificar e aumentar e diversificar o espectro de experiências.

Especificamente na área de conhecimento desenvolvida no projeto, podemos constatar que as alterações da deglutição são uma consequência comum após o AVC e associam-se a graves consequências para o indivíduo, a sociedade e para o sistema de saúde. Deste modo e através da realização deste relatório de estágio parece ter ficado fundamentado a importância, a necessidade e os benefícios do desenvolvimento e implementação de um programa de avaliação e reabilitação da pessoa acometida por esta condição. Os principais benefícios são a melhoria do prognóstico e da qualidade de vida dos clientes, a produção de conhecimento para a disciplina da enfermagem e, conseqüentemente a melhoria dos cuidados prestados por mim, e a redução dos custos em saúde através da redução da morbidade e mortalidade destes clientes.

Mostrou-se, igualmente, que a avaliação e reabilitação da pessoa com alterações da deglutição inclui um trabalho em equipa multidisciplinar, e que o EEER desempenha um papel de extrema importância dentro desta equipa, no sentido em que permite que as alterações da deglutição sejam rastreadas precocemente e os clientes sejam alvo de um programa de intervenção em tempo útil.

Da revisão da literatura, do ensino clínico e da troca de experiências e conhecimentos com profissionais peritos na área do projeto, concluiu-se que um programa ideal destinado à avaliação das pessoas com alterações de deglutição deverá incluir duas fases: indireta e direta; e a reabilitação deverá ter como objetivos: nutrir e hidratar de forma eficaz e segurar, prevenir as complicações das alterações de deglutição e reeducar a função deglutição.

Na UCV fez-se um estudo descritivo simples e transversal com o intuito de identificar a pertinência dos itens incluídos para a avaliação da deglutição e identificar a incidência de clientes com sinais sugestivos de disfagia. O estudo incluiu 17 clientes e constatou-se que 64,7% destes apresentavam sinais de disfagia, sendo que em 17,6% manteve a alimentação por via oral recorrendo à alteração da consistência da dieta, às alterações posturais e às manobras

de deglutição e que 47,1% dos clientes não reuniam condições de segurança para alimentação por via oral, sendo necessária a administração de alimentação e hidratação por SNG. Do estudo concluiu-se que os clientes que apresentem qualquer alteração do estado de consciência que os impeçam de se manterem acordados por um período de tempo superior a 15 minutos, que não consigam deglutir a saliva ou que apresentem tosse ineficaz reúnem critérios para entubação nasogástrica e não se prossegue para a avaliação direta da deglutição.

Os clientes que estejam vigis, deglutam eficazmente a saliva e apresentem tosse eficaz reúnem critérios para a avaliação direta da deglutição com água com consistência mel. Se o cliente apresentar sinais de disfagia tem indicação para entubação nasogástrica e dá-se por concluída a avaliação direta da deglutição. Se não apresentar sinais de disfagia prossegue-se com a avaliação de água com consistência néctar e assim sucessivamente até à consistência líquida.

A avaliação da deglutição, com recurso a este programa, é feita pelos enfermeiros generalistas, nas primeiras 4h após a admissão, no levante e na alta.

O EEER faz uma avaliação mais completa e a reeducação funcional da deglutição. Após o cliente estar com SNG, a decisão de alimentar oralmente e de retirar a SNG é da responsabilidade do EEER.

A reeducação funcional da deglutição é da competência do EEER. É individualizada face às necessidades de cada cliente. As estratégias de reabilitação consistem nas mudanças posturais, alteração da consistência dos alimentos e líquidos, estimulação térmica e táctil, exercícios de motricidade facial, exercícios de shaker, manobras de deglutição, exercícios respiratórios e educação para a saúde.

A maior dificuldade sentida na concretização do programa prendeu-se com a estruturação do instrumento de avaliação, face à ampla variedade de sinais e sintomas que caracterizam as perturbações da deglutição e ao facto do instrumento dever ser simples, e de fácil e rápida aplicação.

Até agora foquei apenas a aquisição de competências na área específica de projeto. No entanto, adquiri competências noutros domínios de intervenção do EEER, nomeadamente na avaliação e reabilitação de clientes com patologia do foro ortopédico e respiratório. Trabalhei no sentido de, nos campos de estágio, reunir e aprender com o máximo de experiências possíveis, investi na minha formação teórica: lendo artigos científicos, guias orientadores de boas práticas e livros de referência na área da reabilitação; e frequentei formações, reuniões e

congressos de divulgação de conhecimento científico. De uma maneira geral procurei esgotar todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram. No entanto, houveram duas competências que não adquiri, ficando a promessa de adquiri-las no exercício da minha especialidade, são elas: concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Termino este relatório de estágio com uma satisfação enorme. Apesar dos obstáculos, essencialmente, na gestão do tempo sinto que consegui transitar do nível inicial de enfermeira competente para o nível de EEER, e com um vasto conhecimento na área da avaliação e reabilitação da pessoa com alterações da deglutição pós-AVC.

De uma maneira geral, atingi o objetivo geral de adquirir competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e os objetivos específicos delineados inicialmente por mim, no entanto, termino este relatório não com um ponto final, mas sim com uma vírgula, pois como afirmou Albert Einstein: “O grau de pensamento que te trouxe até onde estás hoje, não te levará até onde sonhas estar.” Assim, como perspectivas futuras pretendo: implementar o programa na U-AVC; sugerir à Ordem de Enfermeiros um trabalho de consensos, pois existe uma ampla variedade de instrumentos de avaliação da deglutição e torna-se importante uniformizar práticas; um *workshop* para debater esta temática e a criação de um manual de boas práticas na avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição; associar-me ao grupo ICN para desenvolver uma Guideline de avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC e ambiciono ainda dar continuidade à minha formação e fazer o doutoramento nesta área, desenvolvendo um programa de intervenção de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P. & Meireles, J. (2011). Monitorização clínica no doente com lesão cerebral aguda. *Rev Port Med Int*, 18 (3), 49-59.
- Alto Comissariado da Saúde & Ministério da Saúde (2010). *Atlas do Plano Nacional de Saude: Programas prioritários*. Lisboa
- Antunes, E.B. & Ramalho, L. (2009). Deglutição no Adulto: A perspectiva do terapeuta da fala. In V. Peixoto & J. Rocha (orgs). *Metodologias de intervenção em terapia da fala* (pp.255- 294). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de vida*, 25 (2), 59-66.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bobath, B. (2001). *Hemiplegia em adultos: avaliação e tratamento (3ªEd.)*. São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Bravata, D.M., Daggett, V.S., Woodward-Hagg, H., Damush, T., Plue, L., Russell, S., Allen, G., Williams, L.S., Harezlak, J. & Chumbler, N.R. (2009). Comparison of two approaches to screen for dysphagia among acute ischemic stroke patients: Nursing admission screening tool versus National Institutes of Health Stroke Scale. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 46 (9), 1127–1134.
- Campos, M.J.A, Padilha, J.M.S.C & Oliveira, M.F.S. (2012). A família prestadora de cuidados: uma revisão da literatura. *Sinais vitais*, 101, 27-32.
- Cardoso, A.T., Raínho, J.M.C., Quitério, P.C.M., Cruz, V., Magano, A.M.O. & Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – revisão sistemática da literatura. *Referência*, III (5), 135-143.

- Casalis, M.E.P. (1990). *Reabilitação/ Espasticidade*. São Paulo: Livraria Atheneu Editora.
- Castro, P., Mendonça, T., Abreu, P., Carvalho, M. & Azevedo, E. (2008). National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) International Initiative - versão portuguesa. *Sinapse*, 8 (1), 67-68.
- Chiavenato, I. (1989). *Recursos Humanos na Empresa*. São Paulo: Atlas.
- Cichero, J.A.Y. & Murdoch, B.E. (2006). *Dysphagia: Foundation, Theory and Practice*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Cichero, J.A.Y., Heaton, S. & Bassett, L. (2009). Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1649–1659.
- Cole, T.M. & Tobis, J.S. (1994). Medição da Função Musculoesquelética. In: F.J. Kottke & J.F. Lehmann. *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen* (4ªEd.) (pp.19-69). São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M.C.O. (2014). *Terapêutica inalatória: princípios, técnicas de inalação e dispositivos inalatórios*. Loures: Lusociência.
- Dancy, B. & Logan, B. (1998) Cultura e Etnicidade. In: V.B. Bolander. (Coord.) *Enfermagem Fundamental: abordagem Psicofisiológica* (pp.409-423). Lisboa: Lusodidacta.
- Daniels, S.K., Anderson, J.A. & Petersen, N.J. (2013). Implementation of stroke dysphagia screening in the emergency department. *Nursing research and practice*, 7 pages.

Direção Geral de Saúde (2001). *Unidades de AVC*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2008). *Guia de Orientação para prevenção das lesões músculo-esqueléticas e relacionadas com o trabalho: programa nacional contra as doenças reumáticas*. Lisboa: DGS

Direção Geral de Saúde (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Lisboa: DGS

Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos*. Lisboa-Porto: Lidel.

Direção Geral de Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação*. Lisboa: DGS

Direção Geral de Saúde (2012). *Programa nacional para doenças cérebro-vasculares: orientações programáticas*. Lisboa: DGS

Donovan, N.J., Daniels, S.K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D. & Mitchell, P.H. (2013). Dysphagia Screening: State of the Art: Invitational Conference Proceeding From the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke*, 44, e24-e31.

Edmiaston, J., Connor, L.T., Loehr, L. & Nassief, A. (2010). Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. *American Journal of Critical Care*, 19, 357-364.

Friedrich, M., Gittler, G., Halberstadt, Y., Cermak, T. & Heiller, I. (1998). Combined exercise and motivation program: effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 79 (5), 475-87.

- Glenn, N.H. (2011). Alimentação e Deglutição. In: Hoeman, S.P. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ªEd) (pp. 295-317). Loures: Lusociência.
- Gomes, I.D. (2007). O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso – da submissão à acção negociada. In: I. Gomes (Coord.). *Parceria e cuidado de enfermagem – Uma questão de cidadania*. (pp.67-113). Coimbra: Formasau – Formação e saúde Lda.
- Laíns, J. (1990). *Guia para o sistema uniformizado de dados para reabilitação médica, versão para a língua portuguesa*. State University of New York at Buffalo: Ed. SMFR/HUC e Research Foundation.
- Heitor, M.C., Canteiro, M.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M. & Maia, M.O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória* (2ªEd.). Lisboa: Broehring Ingelheim para a formação médica pré e pós graduação.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ªEd.). Loures: Lusodidacta.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.
- Hoppenfeld, S. & Murthy, V.L. (2001). *Tratamento e Reabilitação de Fracturas*. São Paulo: Editora Manole.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Risco de morrer 2012*. Acedido em 28-2-2015. Disponível em: <http://www.ine.pt/>

- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Januário, J.C. (2012). Treino da capacidade de auto-cuidado centrado na deglutição. In: P.J.P. Queirós (Coord.). *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos*. (pp.303-319). Braga: Candeias Artes Gráficas.
- Johnson, D.N., Herring, H.J. & Daniels, S.K. (2014). Dysphagia management in stroke rehabilitation. *Curr Phys Med Rehabil Rep*, 2, 207-218.
- Johnstone, M. (1979). *O paciente hemiplégico: princípios de reabilitação*. São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Jungerman, F.S. & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 18 (5), 197-207.
- Kang, J., Park, R.Y., Lee, S.J., Kim, J.Y., Yoon, S.R. & Jung, K.I. (2012). The effect of bedside exercise program on stroke patients with dysphagia. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 36, 512-520.
- Kapandji, A.J. (2000). *Fisiologia Articular: Esquemas Comentados de Mecânica Humana* (5ªEd.). São Paulo: Maloine.
- Kisner, C. & Colby, L.A. (2009). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas* (5ªEd.). São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Kotecki, S. & Schmidt, R. (2010). Cost and Effectiveness Analysis Using Nursing Staff-Prepared Thickened Liquids vs. Commercially Thickened Liquids in Stroke Patients with Dysphagia. *Nursing Economic*, 28 (2), 106-113.
- Kottke, F.J. & Lehmann, J.F. (1994). *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen* (4ªEd.). São Paulo: Editora Manole Ltda.

- Luís, S. (1979). O enfermeiro de Reabilitação e o hemiplégico. *Acta Med Port*, 2, 279-289.
- Malandraki, G.A., Johnson, S. & Robbins, J. (2011) Functional Magnetic Resonance Imaging of Swallowing Function: from Neurophysiology to Neuroplasticity. *Head Neck*, 33 (01), S14-S20.
- Mello, S. (s.d.). *Exercícios e manobras facilitadoras no tratamento de disfagia*. Acedido em 7-6-2014, disponível em: www.abahe.org.br/tratamento/download.php?uid=2
- Malone, J.R., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 81-90.
- Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para envelhecer resiliente*. Odivelas: Lusociência.
- Menoita, E.P.C., Costa, R., Matias, A. & Cordeiro, M.C.O. (2012). Asma. In: M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita. *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. (pp.277-293). Loures: Lusociência.
- Morris, H. (2012) How to recognize dysphagia and provide support. *Nursing & Residential Care*, 14 (10), 522-525.
- Oliveira, C.I.F (2011). *Contributos da CIF na avaliação da disfagia no pós-AVC*. (Dissertação em Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Ordem dos enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo Lesão vértebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Missouri: Mosby. Organização Mundial de Saúde (2014).
- Organização Mundial de Saúde (2014). *World Health Statistics 2014*. Acedido em 1-3-2015. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1
- Rhoads, C., Dean, J., Cason, C. & Blaylock, A. (1992). Comprehensive discharge planing: a hospital-home healthcare partnership. *Home Healthcare Nurse*, 10 (6), 13-18.
- Romão, F.I., Dias, L. & Moreno, M.F. (2012). Pneumonia. In: M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita. *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. (pp.229-237). Loures: Lusociência.
- Rourke, F.O., Vickers, K., Upton, C. & Chan, D. (2014). Swallowing and oropharyngeal dysphagia. *Clinical Medicine*, 14 (2), 196-9.
- Rycroft-Malone, J.; Seers, K.; Titchen, A.; Harvey, G.; Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 81–90.
- Serra, L.M.A. (2012). *Crítérios fundamentais em fracturas e ortopedia*. (3ªEd.). Lisboa: Lidel.

Silva, P.M. (2013). *Evitar o acidente vascular cerebral: um desejo e uma responsabilidade partilhada*. Lisboa: Fundação Portuguesa de Cardiologia.

Sociedade Portuguesa do AVC (2015). Acedido em 20-2-2015, disponível em:

www.spavc.org

Speech Pathology Australia (2012). *Clinical Guideline: dysphagia*. Acedido em 1-06-2014.

Disponível em:

<http://samanthaochse.files.wordpress.com/2013/08/dysphagia-guidelines.pdf>

Stanescu, I. & Dogaru, G. (2014). Swallowing disorders in clinical practice: functional anatomy assessment and rehabilitation strategies. *Balneo Research Journal*, 5 (3), 127-133.

Takahata, H., Tsutsumi, K., Baba, H., Nagata, I. & Yonekura, M. (2011). Early intervention to promote oral feeding in patients with intracerebral hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Neurology*, 11 (6), 1-7.

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teusch, Y., Matz, K., Dachenhausen, A. & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38, 2948-2952.

Tubero, A.L. (2013). *Disfagia: o que é? Guia de informação e orientação dos distúrbios da deglutição*. São Paulo. Acedido em 6-3-2015, disponível em

<http://www.afasia.com.br/assets/conteudo/midias/4-guia-disfagia-final-201454933411bd171.pdf>

World Gastroenterology Organization (2014). *Dysphagia Global Guidelines & Cascades*.

Acedido em 26-2-2015, disponível em

http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/WGO_Dysphagia_Final_EN.pdf

Zheng, L.; Li, Y. & Liu, Y. (2014). The individualized rehabilitation interventions for dysphagia: a multidisciplinary case control study of acute stroke patients. *Int J Clin Exp Med*, 7 (10), 3789-3794.

APÊNDICES

Apêndice I – Pares cranianos com interferência no processo de deglutição

Apêndice II – Projeto de Estágio

Apêndice III – Avaliação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC: Revisão integrativa/ Draft do artigo para publicação

Apêndice IV – Reabilitação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC: uma revisão integrativa/ Draft do artigo para publicação

Apêndice V – Fichas de leitura

Apêndice VI – Características da corrente teórica de Bobath versus Johnstone

Apêndice VII – Padrão espástico versus anti-espástico

Apêndice VIII – “A pessoa com alterações da deglutição pós-AVC”, formação apresentada na UCV

Apêndice IX – “A pessoa com alterações do padrão de eliminação vesical”, formação apresentada no Centro de Saúde de Machico

Apêndice X – “A pessoa com alterações da deglutição pós-AVC”, formação apresentada no Centro de Saúde de Machico

Apêndice XI – Instrumento inicial de avaliação da deglutição na pessoa com AVC

Apêndice XII – Tratamento estatístico do estudo descritivo exploratório

Apêndice XIII – Instrumento final de avaliação da deglutição na pessoa com AVC

Apêndice XIV – Panfleto destinado ao cliente com alterações da deglutição pós-AVC

Apêndice XV – Avaliação e estratégias de intervenção junto da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC

Apêndice XVI – Caracterização das escalas utilizadas na avaliação dos clientes

Apêndice XVII – Funções dos prestadores de cuidados no hospital versus no domicílio

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de apresentação do poster no Congresso Português do AVC

ANEXO II – Certificação *online* da NIHSS

ANEXO III – Amplitude articular normal segundo diversos autores