

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

### **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Especializados à Pessoa com Lesão Vertebral Medular por Acidente de Trabalho**

**João Miguel Rosado Alves**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação  
Especializados à Pessoa com Lesão Vertebral  
Medular por Acidente de Trabalho**

**João Miguel Rosado Alves**

**Vanda Marques Pinto**

**2015**







*Enquanto estiveres viva, sente-te viva.  
Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.  
Não vivas de fotografias amarelcidas...  
Continua, quando todos esperam que desistas.  
Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.  
Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.  
Quando não consigas correr através dos anos,  
trota.  
Quando não consigas trotar, caminha.  
Quando não consigas caminhar,  
Usa uma bengala.  
Mas nunca te detenhas!*

Madre Teresa de Calcutá



## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que me mostraram o caminho...

Agradeço de forma muito especial:

À minha Família...

À Enfermeira Vanda, pelos seus conselhos e orientação...

Ao Enfermeiro e Amigo Beja, pela sua crítica constante...e paciência, que me ensinou nestes anos que trabalhamos em conjunto...

A todas as pessoas, com as quais contactei durante o Estágio, por tudo o que me ensinaram...

À Enfermeira Siquenique, pelos ensinamentos e ajudas que partilhámos ao longo desta etapa académica.

Aos Colegas de Equipa do Serviço de Urgência, por tudo o que me apoiaram.

## RESUMO

Ao longo da nossa atividade profissional e acadêmica, a reflexão das nossas vivências e aprendizagens, torna-se uma ferramenta essencial. É nestes momentos que nos apercebemos que são os obstáculos e as dificuldades que nos fazem crescer, e muitas vezes é a partir desses que descobrimos as nossas competências.

Concentremo-nos numa pessoa que vive a experiência de sofrer um acidente no desempenho nas suas funções profissionais, provocando-lhe uma lesão grave e permanente. A pessoa confronta-se com uma nova realidade, uma nova forma de vida, comprometendo todos os seus sonhos, expectativas e projetos de vida, que num contexto de deficiência adquirida terão que ser adaptados à sua incapacidade e desvantagem.

Um elevado nível de dependência faz transitar para a pessoa uma nova imagem corporal, um sentimento profundo de perda, com inevitáveis repercussões a nível familiar. É um momento de crise, onde é preciso (re) organizar, (re) aprender, (re) equilibrar para se atingir a maior qualidade de vida possível.

Neste contexto a reabilitação e reintegração de trabalhadores é um dos maiores desafios contemporâneos na área da saúde pública e da saúde do trabalhador. Esta complexidade reflete-se na multiplicidade e magnitude dos problemas de saúde e nas repercussões sociais envolvidas. Não há manual nem regras, nenhum programa de reabilitação e reintegração é igual a outro.

Este relatório desenvolve-se em torno do tema “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Especializados à pessoa com Lesão Vertebral Medular por acidente de trabalho”, procurando dar resposta a um problema identificado na prática profissional e na necessidade de desenvolver competências específicas para a prestação de cuidados de Enfermagem Especializados em Reabilitação.

O resultado deste trabalho, no que se refere a políticas de saúde, pode servir como base para elaboração de documentos e indicadores de qualidade para a saúde e gestão da boa prática. Desta forma, é importante reforçar que a posição estratégica e privilegiada que o enfermeiro ocupa na rede dos cuidados, possibilita uma panóplia de intervenções individualizadas e inseridas numa equipa multidisciplinar,

junto da sociedade atual, devendo ser encarada como uma mais-valia face ao acidente de trabalho.

Palavras chave: acidente de trabalho, cuidados de enfermagem especializados, reabilitação, reintegração.



## **ABSTRACT**

During our professional and academic life we gather knowledge and experience that allow us to overcome difficulties and define our boundaries. Reflecting in lived experiences, in gained knowledge and achievements we can define our skills.

A person that sustains a work related injury causing a serious and permanent lesion is confronted with a new reality, a new way of life, compromising dreams, expectations and life projects, that forces adaptation in view of the newly acquired dependence.

A high level of dependency is going to change the way a person perceives itself, with profound feeling of lost and inevitable family related repercussions. It's a moment of crisis that requires (re) organization, (re) learning, (re) balancing to gain and achieve a better quality of life.

In this context the rehabilitation and reinstatement of workers it's one of the major challenges in public and working health. This complexity is reflected in the multiplicity and in the magnitude of health problems and in the repercussions in society. There are no rules, manual or rehabilitation program that are equal to all.

This report is develops the theme "Specialize Nurse Care to the Person with Spinal Cord work related injury", in search of an answer to a problem identified in the course of my professional path and in the need to develop specific Nursing Skills in Rehabilitation.

The result of this work can become a documentary support in the development of health care policies, and quality indicators to assess the best practice. In this line of vision, is important to reinforce that nurses have a privilege and strategic position inside the health care network, which facilitates the development of interventions to mitigate the well care needs of modern society, integrated in a pluridisciplinary team.

Key words: Work related Injury; Specialized Nurse Care; Rehabilitation; Work Reintegration.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APS (Associação Portuguesa de Seguradores)

ARN (Association of Rehabilitation Nurses)

ASIA (American Spinal Cord Injury Association)

CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade)

DGS (Direção Geral Saúde)

EC (Ensino Clínico)

EC1 (Ensino Clínico 1)

EC2 (Ensino Clínico 2)

EC3 (Ensino Clínico 3)

EC4 (Ensino Clínico 4)

PNPA (Programa Nacional Prevenção de Acidentes)

OE (Ordem dos Enfermeiros)

OIT (Organização Internacional do Trabalho)

OSHA (Occupational Safety and Health Administration)

UGT (União Geral dos Trabalhadores)



## INDICE

Introdução .....	3
1 Quadro Conceptual .....	9
1.1 Modelo de Intervenção e Acompanhamento nos Acidentes de Trabalho ....	10
1.2 Transição como processo de mudança e sua consciencialização .....	16
2 METODOS E MATERIAIS .....	23
2.1 Metodologia projeto.....	23
2.2 Prática Reflexiva .....	24
2.3 Estudo de Caso.....	25
2.4 Processo de Enfermagem.....	26
2.5 Ciclo Reflexivo de Gibbs .....	26
2.6 Campos de Estágio .....	26
3 RESULTADOS.....	29
3.1 Desenvolver competências de enfermagem especializada na área de promoção e manutenção da reintegração da pessoa vítima de acidente de trabalho com lesão vertebro medular. ....	31
3.1.1 O conhecer, analisar e refletir sobre a pessoa .....	32
3.1.2 Aplicação das escalas de avaliação utilizadas na prática.....	35
3.1.3 Diagnósticos de enfermagem especializada .....	37
3.2 Adquirir competências de enfermagem especializada na elaboração de planos de reabilitação e reintegração personalizados .....	39

3.2.1	Elaboração de planos de reabilitação individualizados .....	40
3.2.2	Implementação de planos de cuidados .....	42
3.2.3	Avaliação da evolução do potencial funcional da pessoa .....	43
3.3	Desenvolver capacidade de reflexão e análise crítica relativamente às aprendizagens e atividades desenvolvidas, no âmbito da aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação, tendo por base o projeto de formação. ....	44
3.4	Desenvolver competências de enfermagem especializada na área de gestão do processo de reabilitação da pessoa com lesão vertebro medular .....	45
4	DISCUSSÃO e CONCLUSÃO .....	51
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59
	APÊNDICE I – Objetivos, Atividades e Cronograma do Projeto de Estágio .....	65
	APÊNDICE II – Protocolo de Pesquisa Bibliográfica .....	81
	APÊNDICE III – Jornal de aprendizagem i “Processo de transição” .....	85
	APÊNDICE IV – Jornal de aprendizagem ii “A fase aguda numa Unidade Hospitalar” .....	95
	APÊNDICE V – Jornal de aprendizagem iii “Reabilitação na Comunidade” .....	105
	APÊNDICE VI – Escalas de Avaliação mais utilizadas em enfermagem de reabilitação .....	115
	APÊNDICE VII – Diários de Enfermagem.....	153
	APÊNDICE VIII – Estudo Caso do Ensino Clínico 1 .....	165
	APÊNDICE IX – Estudo de Caso do Ensino Clínico 4 e sua Contextualização .....	209
	APÊNDICE X – Processo de Enfermagem Ensino Clínico 2 .....	231

APÊNDICE XI – Carta de Alta/Transferência de Cuidados.....	255
APÊNDICE XII – Guia de Orientação da Pessoa com Incapacidade adquirida pós Acidente de Trabalho, Enfermagem de REabilitação como estratégia .....	261
ANEXO I – Operacionalização do Modelo da Associação Portuguesa de Seguradores.....	297
ANEXO II – Modelo de Atuação da Association of Rehabilitation Nurses .....	305



## **INDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Principais atividades realizadas nos Ensinos Clínicos .....	30
--	----



## INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o relatório da “Unidade Curricular Estágio com Relatório”, inserido no 5º Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. A sua elaboração e apresentação visam a obtenção do grau de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e a defesa pública do grau de Mestre.

O percurso proposto para o estágio assentou no meu desenvolvimento como enfermeiro, formado em 1996, exercendo funções numa enfermaria de medicina e que, desde 2001, exerço cuidados num serviço de Urgência Polivalente de um Hospital de referência, integrado num Centro Hospitalar da cidade de Lisboa. Fora do contexto hospitalar, desde 2004, realço a minha colaboração como enfermeiro no Grupo Fidelidade<sup>1</sup> (Companhia de Seguros) na área dos acidentes de trabalho.

O estágio teve como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos condicentes com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros (2009), nos quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão de cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e com as competências específicas vertido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Ao longo da nossa atividade profissional e académica, a reflexão das nossas vivências e aprendizagens, torna-se uma ferramenta essencial. É nestes momentos que nos apercebemos quais são os obstáculos e as dificuldades que nos fazem crescer, e, muitas vezes, é a partir desses que descobrimos as nossas competências.

---

<sup>1</sup> Enquanto parte integrante do Departamento Clínico da companhia de seguros, o enfermeiro tem como função a gestão de processos e o acompanhamento da pessoa vítima de acidente de trabalho, portadores de grandes deficiências motoras ou neurológicas, nas vertentes de reabilitação e reintegração profissional e social.

Concentremo-nos numa pessoa<sup>2</sup> que vive a experiência de um acidente no desempenho das suas funções profissionais, sofrer uma lesão grave e permanente, é uma situação traumatizante e dramática. A pessoa confronta-se com uma nova realidade, uma nova forma de vida que compromete todos os seus sonhos, expectativas e projetos de vida. Projetos estes que num contexto de deficiência<sup>3</sup> adquirida terão que ser adaptados às suas novas incapacidades<sup>4</sup> e desvantagens<sup>5</sup>.

Segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2004, p.22), “a incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social”, sendo “da responsabilidade coletiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as

---

<sup>2</sup> A pessoa que ao longo do ciclo vital, está impossibilitada de executar independentemente e sem ajuda atividades humanas básicas ou tarefas como resultado da sua condição de saúde ou deficiência física, mental, cognitiva ou psicológica de natureza permanente ou temporária, terá o direito à mobilização de serviços especializados para promover o potencial de funcionamento biopsicossocial. (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 2011)

A facilitação ou inibição dos processos individuais para a satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar (subjetividade de qualidade de vida) da pessoa cuidada e de acordo com o que isso representa para ela. (Meleis, 1991)

<sup>3</sup> É qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, caracterizando-se por perdas ou alterações que podem ser temporárias ou permanentes e que incluem a existência ou ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou outra estrutura do corpo, incluindo a função mental (Oliveira, 2001).

<sup>4</sup> Corresponde a qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidades para exercer uma atividade de forma, ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano, temporária ou permanentemente, reversíveis ou não (Oliveira, 2001).

<sup>5</sup> Representa um impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou incapacidade, que lhe limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal, para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os fatores socioculturais (Oliveira, 2001).

áreas da vida social”. Sabe-se que, nesta área da funcionalidade, a dita organização distingue três domínios: a deficiência, a incapacidade e a desvantagem.

Um nível de dependência faz transitar para a pessoa uma nova imagem corporal, um sentimento profundo de perda, com inevitáveis repercussões a nível familiar. É um momento de crise, onde é preciso (re) organizar, (re) aprender, (re) equilibrar para se atingir a maior qualidade de vida possível. Neste contexto a reabilitação e sua reintegração são um dos maiores desafios. Esta complexidade reflete-se na multiplicidade e magnitude dos problemas de saúde e nas repercussões sociais envolvidas. Não há manual nem regras; nenhum programa de reabilitação e reintegração é igual a outro.

A capacidade de inserção nas áreas social e laboral das pessoas cuja funcionalidade se encontra afetada é um dos indicadores do desenvolvimento de uma sociedade. Este indicador envolve determinadas dificuldades pela diversidade de situações passíveis de serem mensuráveis. Assim sendo, o ideal será debruçar a análise sobre as vítimas de acidentes, cujo projeto de vida foi acidental e inesperadamente modificado. Com efeito, a população que mais sofre acidentes de viação são os jovens e a que se encontra mais exposta aos riscos laborais e composta pelos trabalhadores menos qualificados [Associação Portuguesa de Seguradores (APS), 2013].

Tal como refere Fontes (2013) é importante perceber que, nós enfermeiros, temos de nos readaptar em termos de comportamento, atitudes e qualificações e adotar novas práticas, fazendo mais e melhor com menos ou com meios mais adequados, sem prejuízo para a economia nacional.

Deste modo, o campo de reflexão por mim definido é: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Especializados à pessoa com Lesão Vertebral Medular por acidente de trabalho<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> É aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte. Considera-se também o acidente ocorrido: no trajeto de ida e de regresso para e do local de trabalho (definido pelo artigo 6º do Decreto-Lei nº 143/99); na execução de serviços

Com o percurso efetuado ao longo do estágio decorrido pretendo responder aos objetivos propostos no Projeto de Estágio<sup>7</sup> anteriormente apresentado. Assim a realização deste relatório pretende demonstrar de que forma o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, de acordo com a sua especificidade, consegue marcar a diferença nos cuidados, na evolução clínica e no bem-estar da pessoa e sua família. Para tal defino, como objetivo geral:

- Desenvolver competências de enfermagem especializada na manutenção e promoção da reabilitação e reintegração na dimensão familiar, social e profissional da pessoa vítima de acidente de trabalho com lesão vertebro medular.

Para a consecução deste objetivo realizei estágio, a nível hospitalar e na comunidade. Acompanhei a pessoa com a lesão aguda com internamento hospitalar na enfermaria, posteriormente na unidade de internamento de medicina física e reabilitação, na comunidade até ao momento da atribuição de alta.

Estas são as áreas para as quais direcionei a temática do meu projeto de formação e onde pretendo desenvolver competências na área da reabilitação, tendo os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências de enfermagem especializada na área de gestão do processo de reabilitação da pessoa com lesão vertebro medular;
- Desenvolver competências de enfermagem especializada na área de promoção e manutenção da reintegração da pessoa vítima de acidente de trabalho com lesão vertebro medular;

---

espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para a entidade empregadora; no local de trabalho, quando no exercício de direito de reunião ou de atividade de representante dos trabalhadores, nos termos da lei; no local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização expressa da entidade empregadora para tal frequência; em atividade de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei, aos trabalhadores com processo de cessação de contrato de trabalho em curso; fora do local ou do tempo de trabalho, quando verificado na execução de serviços determinados pela entidade empregadora ou por esta consentida. (Dec. Lei nº. 503/99, artigo 3º.)

<sup>7</sup> Apêndice I

- Adquirir competências de enfermagem especializada na elaboração de planos de reabilitação e reintegração personalizados;
- Desenvolver capacidade de reflexão e análise crítica relativamente às aprendizagens e atividades desenvolvidas, no âmbito da aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação, tendo por base o projeto de formação.

Como quadro de referência em Enfermagem, o Modelo Teórico elegido foi o de Meleis (2007), o enfermeiro interage com o ser humano que faz parte de um contexto sociocultural.

Segundo Meleis (2007) numa condição de saúde/doença a pessoa vive uma transição real ou por antecipação e necessita da intervenção terapêutica do enfermeiro como facilitador do seu processo de transição. Os enfermeiros lidam com pessoas que experimentam transições, e neste sentido, a missão da enfermagem deve consistir em facilitar os diferentes processos de transição que os indivíduos experienciam, segundo o mesmo modelo. A transição ocorre quando a realidade atual de uma pessoa é interrompida, obrigando-a a mudar, opcional ou forçosamente, o que resulta na necessidade de constituir uma nova realidade.

O Estágio desenvolveu-se em torno do tema “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Especializados à pessoa com Lesão Vertebral Medular por acidente de trabalho”, procurando dar resposta a um problema por mim identificado na minha prática profissional e na necessidade de desenvolver competências específicas para a prestação de cuidados de Enfermagem Especializados.

Há concetualização e realização do Estágio seguiram a Metodologia de Projeto (Boutinet, 1996; Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Esta metodologia baseia-se no princípio da prática reflexiva, que, de forma sistemática, visa identificar problemas e criar um julgamento para a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação (Craig & Smyth, 2004; Lunney, 2010; Pearson, Wiechula, Court & Carig, 2010; Ruivo et al., 2010; Standing, 2008).

A Metodologia de Projeto pressupõe uma organização com a descrição das diferentes etapas da sua conceção e implementação, que é faseada no tempo.

Neste Relatório são abordadas questões relacionadas com as etapas de execução das atividades planejadas, avaliação e divulgação dos resultados (Boutinet, 1996; Ruivo et al., 2010), tendo as fases de contextualização, enquadramento, diagnóstico de intervenção e de planejamento das atividades através de meios e estratégias sido descritos em documento anterior – Projeto de Estágio – que serviu de suporte ao Estágio.

O Relatório é composto por cinco capítulos. O capítulo um, corresponde a esta Introdução, onde se faz a apresentação do tema, contextualização da problemática, apresentação dos objetivos do Estágio. No capítulo dois, é apresentado o quadro conceptual, que conterà a revisão da literatura sobre o tema do Estágio, onde é feita referência aos critérios para a delimitação da área que foi revista. O capítulo três aborda e justifica a metodologia seguida durante o Estágio e os instrumentos utilizados para dar cumprimento aos objetivos. Seguem-se o capítulo quatro, este capítulo aborda os principais resultados da aprendizagem, com recurso à análise das situações ocorridas ao longo do Estágio que considero serem as mais relevantes, e o capítulo cinco com uma reflexão sobre estes resultados, abordando as limitações decorrentes da metodologia utilizada, as implicações para a responsabilidade profissional, para a melhoria continua da qualidade, para a gestão dos cuidados e para o desenvolvimento de aprendizagem e investigação.

# 1 QUADRO CONCEPTUAL

O conceito de acidente de trabalho tem evoluído muito significativamente, ao longo dos últimos 100 anos, sempre no sentido do alargamento do seu âmbito.

A primeira lei portuguesa que estabeleceu um regime jurídico especial para a reparação dos acidentes de trabalho, foi a Lei nº 83 publicada em 24 de Julho de 1913 (na altura emitida pelo Ministério do Fomento da República Portuguesa). Entretanto, face a grande evolução industrial e tecnológica, surge em 1997 uma atualização legislativa, neste setor (Lei nº 100/97 de 13/09), que já conferia uma vasta proteção aos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho do qual resultasse uma incapacidade, quer de caráter temporário, quer definitiva. Passaram também a ser equiparadas algumas situações, das quais a mais significativa foi a inclusão dos acidentes de trajeto ou de percurso, normalmente designados por “*in itinere*”, assumindo já um papel de relevo na reparação dos danos, nomeadamente na área da reabilitação física dos trabalhadores visando a máxima recuperação clínica expetável.

Nesta perspetiva, a Comissão Europeia definiu acidente de trabalho, como “uma ocorrência imprevista durante o decorrer do trabalho e que leva a dano físico e/ou mental” [*Occupational Safety and Health Administration (OSHA)*, 2002, par.1]. A legislação nacional acrescentou, que para que um acidente de trabalho seja reconhecido como tal, este tem de cumprir os seguintes requisitos: ter ocorrido no local de trabalho<sup>8</sup> (...) no tempo de trabalho (...) em que se verifique um nexo de causalidade<sup>9</sup> entre a atividade laboral e a lesão corporal (...) de que resulte a morte ou a redução na capacidade de trabalho ou de ganho (Lei nº 98/2009, art.º 8º).

---

<sup>8</sup> Todo o lugar em que o trabalhador se encontra ou deva dirigir-se em virtude do seu trabalho e em que esteja, direta ou indiretamente, sujeito ao controlo do empregador, (Dec. Lei nº. 503/99, artigo 3º).

<sup>9</sup> A relação de causalidade ou nexo causal ou nexo de causalidade é uma teoria do direito penal segundo a qual verifica-se o vínculo entre a conduta do agente e o resultado ilícito. Ou seja, a Avaliação do Nexo Causal consiste em verificar se o ambiente de trabalho e o mecanismo da lesão faz relação com a patologia reclamada.

O Regime de Reparação de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, em Portugal, encontra-se atualmente disposto nos artigos 283º e 284º do Código de Trabalho – Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro, face a este, surge a mais recente e completa regulamentação nesta área, Lei nº 98/2009 de 04/09, que estabelece um conceito mais alargado que a mera reparação dos danos físicos, reforçando as responsabilidades das empresas na prevenção (mencionado também no artigo 282º do Código de Trabalho), o dever de informar, consultar e formar os trabalhadores sobre os aspetos mais relevantes para a sua proteção e segurança, bem como na reabilitação e reintegração dos trabalhadores, constituindo esta, uma matéria nova de grande relevo.

### **1.1 Modelo de Intervenção e Acompanhamento nos Acidentes de Trabalho**

Em Portugal, nas últimas décadas tem-se verificado uma grande evolução na forma como são geridas as questões referentes à pessoa vítima de acidente de trabalho, nomeadamente no que diz respeito a prevenção e a resposta dada as pessoas vítimas de acidentes de trabalho. Neste âmbito, tem havido uma maior mobilização e responsabilização dos diferentes intervenientes, no sentido de estabelecer planos e princípios orientadores, aplicar instrumentos normativos e utilizar práticas de intervenção, que evidenciam uma maior consciência social e política do problema, no sentido de dar cumprimento as políticas nacionais instituídas nesta área.

Neste contexto, foi criado pela APS, um modelo de intervenção, que pretende ser um referencial de ação para os vários intervenientes e dessa forma estabelecer um guia orientador na abordagem e acompanhamento da pessoa vítima de acidente, desde a ocorrência do sinistro até a sua reabilitação e reintegração física, social, económica e profissional. Este modelo envolve um conjunto alargado de intervenções e de intervenientes, sendo por isso importante conhecer a ordem pela qual devem ocorrer as intervenções, quais os contributos necessários em cada etapa e as respetivas responsabilidades, criando assim as condições de operacionalização do modelo<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Anexo I

Este modelo de intervenção, proposto pela APS (2013), tem como objetivos: repor o estado de saúde, minimizar incapacidades, desenvolver capacidades, otimizar potenciais, promover a inclusão ativa, o acesso a uma vida com qualidade, repor a capacidade de organizar e desenvolver vidas com projetos, projetos de vida, promover o sentimento de justiça por parte das pessoas acidentadas e famílias.

Em suma pretende-se com este modelo de intervenção interpessoal e pluridisciplinar “a reposição do estado de saúde, da capacidade de trabalho ou de ganho e a recuperação para a vida ativa” (APS, 2013, p. 22).

Após a ocorrência do acidente de trabalho, o enfermeiro pode e deve participar no processo de acompanhamento da pessoa e sua família, na reabilitação e reintegração física, psíquica, social e profissional. Este processo de acompanhamento deve integrar uma avaliação precoce das lesões que a pessoa apresenta, bem como uma avaliação individualizada das necessidades e dos potenciais de reabilitação e a elaboração e implementação de planos individuais de reabilitação e reintegração. Deve ainda visar a reparação dos danos na pessoa acidentada (compreendidos como o restabelecimento do estado de saúde, a recuperação da funcionalidade, a otimização dos potenciais funcionais e a perceção de que foi feita justiça), bem como “promover a máxima reposição possível dos níveis de saúde, de qualidade de vida e de capacidade de trabalho existentes antes do acidente, e promover a reintegração familiar, social e profissional da pessoa” (APS, 2013, p. 17).

As intervenções de Enfermagem à pessoa vítima de acidente de trabalho revestem-se de extrema importância. Neste sentido vai também o conceito emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3) em que o enfermeiro de reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do seu ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos diferenciados, e o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite-lhe tomar decisões relativas a promoção da saúde, prevenção de

complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O Enfermeiro de Reabilitação tem uma função primordial e essencial na interação com a pessoa, sendo portador de uma identidade profissional com afirmação única no contexto de atuação multidisciplinar.

Neste contexto a *Association of Rehabilitation Nurses* (ARN) desenvolveu um modelo de atuação<sup>11</sup> para gerir os vários aspetos de saúde da pessoa e intervenções sociais, através da prestação de cuidados continuados. Os Enfermeiros de Reabilitação, em particular, envolvem-se nesta abordagem sistemática para gerir todo o processo do individuo. O objetivo deste modelo de gestão do processo consiste na prestação de serviços de qualidade, de saúde e assistência social de baixo custo. O gestor do processo (enfermeiro de reabilitação) desenvolve este objetivo através da implementação de cuidados especializados e outros serviços de saúde necessários para promover no individuo efeitos que desencadeiem o maior nível possível de independência e qualidade de vida.

Para a implementação deste modelo de gestão do processo por parte dos Enfermeiros de Reabilitação, a ARN estabeleceu as seguintes etapas:

- Atempada identificação de pessoas que necessitem de serviços, de preferência no início de uma lesão ou doença;
- Encaminhamento para um gestor de processo, enfermeiro de reabilitação qualificado, pois este possui um alto nível de especialização nas áreas de intervenção (saúde e sociais) necessárias;

---

<sup>11</sup> Anexo II

- Avaliação pelo gestor de processo, para determinar pontos fortes do indivíduo, desafios, prognóstico, estado funcional, metas e necessidades de serviços e recursos específicos;
- Desenvolvimento de um plano que identifique as metas de curto e longo prazo, envolvendo o indivíduo, sistemas de apoio (familiar, social e comunitário), a colaboração interprofissional e uso de recursos adequados;
- Identificação, aquisição e coordenação de serviços e recursos para implementação do plano;
- Avaliação contínua do progresso do indivíduo no plano, bem como da eficácia e adequação dos serviços prestados ao longo de toda a prestação de cuidados;
- Escolha dos serviços mais adequados, baseados em evidências de custo-benefício para garantir a qualidade do atendimento e cumprimento de metas apropriadas;
- Promoção de competências de autocuidado do indivíduo para alcançar a máxima independência (ARN, 2012, par.4).

O enfermeiro gestor do processo pode atuar por intermédio de diferentes entidades, nomeadamente através das entidades empregadoras (públicas ou privadas), unidades de saúde, companhias de seguro, ou através do próprio indivíduo ou família, com vista a preparar um plano dinâmico que aborde os tratamentos, equipamentos e recursos, bem como os custos dos cuidados médicos e associados ao longo da sua vida ou durante o seu processo de doença/lesão.

Nesta área não existe a nível nacional a figura do enfermeiro no processo de acidente de trabalho, pelo que esta perspetiva Americana de atuação do enfermeiro vai ao encontro as Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação emanadas pela Ordem dos Enfermeiros.

O modelo de atuação desenvolvido pela *Association of Rehabilitation Nurses*, que coloca o Enfermeiro de Reabilitação como principal interveniente na gestão da situação clínica da pessoa, pode ser um modelo a aplicar no nosso contexto atual e na complexa situação da pessoa vítima de acidente de trabalho e sua família. Visto que o modelo se baseia não só nos princípios da enfermagem de reabilitação, mas

também em toda a complexa interação e envolvimento multidisciplinar exige uma adequada gestão da situação do acidente de trabalho, nomeadamente em termos da reabilitação e reintegração da pessoa acidentada no seu contexto familiar e socioprofissional.

De acordo com os dados do Relatório *Global Burden of Injuries* (2002) citado no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA) 2009-2016, o peso dos acidentes na taxa de mortalidade é bem evidente, estimando-se que, por todo o mundo, morrem, em cada ano, cinco milhões de pessoas devido a acidentes. Estes são os que mais contribuem para o flagelo social entre as populações mais jovens e em idade ativa, conduzindo a impossibilidade de um contributo produtivo para a sociedade e limitando a sua participação social (Direção Geral de Saúde, 2009).

Na União Europeia, os acidentes, são a quarta causa de morte, depois das doenças cardiovasculares, das neoplasias e das doenças respiratórias. Em Portugal, em 2006, os acidentes, foram a quinta causa de morte, representando 4,5% do total de óbitos ocorridos, contribuindo para 9.556 internamentos hospitalares de crianças e jovens até aos 19 anos, 33.209 de adultos entre os 20 - 64 anos e de 29.387 de pessoas com mais de 65 anos (DGS, 2009).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, do pelo Ministério da Saúde, elaborou um diagnóstico de situação sobre “Traumatismos, ferimentos e lesões acidentais”, colocando os acidentes e as suas consequências, como uma importante causa de mortalidade e morbilidade, ao longo de todo o ciclo de vida (DGS, 2004). Posteriormente, a Direção Geral de Saúde (2009), no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016, refere-se aos acidentes, como um grave problema de saúde pública, já que, se trata de uma situação com grande impacto na mortalidade e morbilidade, e que pode ser evitada através da implementação de estratégias preventivas eficazes.

Os acidentes de trabalho, enquanto acontecimento inesperado e imprevisto derivado do trabalho ou com ele relacionado, do qual resulta uma lesão corporal, surgem com uma significativa expressividade de entre os acidentes, já que são registados, todos os anos, na União Europeia dos 27 países membros, mais de 6.000 sinistros fatais (DGS, 2009).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) revelou que em 2005 cerca de 2,2 milhões de pessoas morreram na sequência de acidentes de trabalho ou doenças profissionais, que 270 milhões de trabalhadores foram diagnosticados com doenças não fatais e, ainda, que 160 milhões de trabalhadores sofreram devido a doenças prolongadas associadas ao trabalho (OIT, 2008).

A par dos acidentes de viação, os acidentes de trabalho com vítimas mortais, na Europa, tem vindo a apresentar um decréscimo do seu número nos últimos 20 anos. “Portugal, apesar de acompanhar a tendência Europeia de descida, apresenta, no conjunto dos países, a maior taxa de mortalidade por acidente de trabalho” (DGS, 2009, p.17).

Apesar da importância do impacto da mortalidade na sociedade, as morbilidades associadas a estas circunstâncias devem também carecer de especial atenção. Muitos sobreviventes de acidentes ficam com incapacidades decorrentes da sua situação ao longo da vida, sendo esta uma das principais causas de incapacidade crónica entre os jovens, contribuindo para uma enorme perda de anos de vida saudável (DGS, 2009).

A morte prematura e a incapacidade, temporária ou definitiva, são um enorme prejuízo para qualquer sociedade e cada lesão evitável será sempre uma lesão inaceitável perante os parâmetros científicos atuais. As lesões decorrentes dos acidentes representam um enorme encargo financeiro para os sistemas de saúde e de proteção social, estando na origem de um grande número de baixas por doença, sendo uma das principais causas de perda de produtividade, de consumo de serviços de saúde e de um grau significativo de incapacidade (DGS, 2009).

Em Portugal, os acidentes de trabalho, são monitorizados pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social através da recolha de informação que é efetuada pelo Instituto de Seguros de Portugal (União Geral de Trabalhadores, 2012). Este Instituto procede à validação e tratamento de dados constantes das participações remetidas às Companhias de Seguros, referentes ao momento de ocorrência do acidente e dos mapas de encerramento do processo, a data de termo, ou um ano após a ocorrência do mesmo.

No ano de 2006, em Portugal, ocorreram 237.392 acidentes de trabalho dos quais resultaram 253 mortes e 173.254 dias de ausência ao trabalho. O grupo etário entre os 25 – 44 anos é o mais afetado, correspondendo a 54% dos acidentados (DGS, 2009). Já “em 2009, a taxa de incidência dos acidentes de trabalho foi de 5.148,5 acidentes por cada 100 000 trabalhadores. E o ano em que se regista, desde 2000, a taxa de incidência mais baixa” (União Geral de Trabalhadores, 2012).

O documento *Health in Portugal (2007)*, publicado no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia, referido pela DGS (2009), destaca os acidentes e as suas consequências, como um grave problema e uma das principais causas de morte prematura, morbilidade e incapacidade num elevado número de cidadãos. Referindo que “Portugal, ..., apresenta, no conjunto dos países da Europa, a maior taxa de mortalidade por acidente de trabalho...sendo esta uma das principais causas de incapacidade crónica entre os jovens, contribuindo para uma enorme perda de anos de vida saudável.”( *Health in Portugal 2007*, p.69)

Na Região Europeia, os acidentes, são a quarta causa de morte, depois das doenças cardiovasculares, das neoplasias e das doenças respiratórias. Desde 2000 até 2010 os acidentes de trabalho em Portugal Continental e Ilhas apresentam uma média de 200.000 anuais e com uma incidência média de mortes de 250, com uma percentagem também elevada de 95.7% para a população masculina e de 63.5% das vítimas mortais compreendidas entre as idades 30-54 anos (Gabinete de Estratégia e Desenvolvimento, 2010).

## **1.2 Transição como processo de mudança e sua consciencialização**

A palavra transição deriva do latim *transitióne*, que significa o ato ou o efeito de passar de um estado, assunto ou lugar para outro. Na literatura a expressão transição é utilizada frequentemente para descrever um processo de mudança nos estados de desenvolvimento de vida, nas alterações circunstanciais de saúde e sociais, ao invés das respostas da pessoa à mudança. Bridges (2004), enfatiza que a transição não significa apenas a mudança, tendo implícito um processo psicológico que envolve a adaptação à mudança face aos eventos perturbadores, ou seja, a transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e autodefinição do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida.

De acordo com Meleis (2011), a pessoa deve ser perspectivada como um indivíduo com necessidades próprias que se encontra em constante interação com o meio ambiente e com capacidade para se adaptar a essas mudanças, mas que devido a uma situação de doença, de risco de doença ou mesmo de vulnerabilidade, experimenta ou pode vir a experimentar um desequilíbrio.

Deste modo, a mesma autora, diz que o conceito de transição abrange simultaneamente a continuidade e descontinuidade dos processos de vida. A transição saúde/doença vivenciada pela pessoa, no momento de passagem de uma condição para outra, conduz a alterações que afetam a qualidade de vida. Os enfermeiros desempenham assim, um papel importante na gestão da doença crónica, na manutenção da adaptação do doente e na criação de estratégias de readaptação, sendo um importante recurso mobilizador, facilitador e estimulador para a promoção da saúde. O enfermeiro deve desenvolver a sua prática, baseada na teoria, de forma a ajudar a pessoa a vivenciar o processo de transição da melhor forma possível. O foco de atenção de enfermagem não deve ser só o conhecimento sobre a doença e a sintomatologia, mas também, a adaptação da pessoa à nova realidade e, a promoção de estratégias para o encontro de uma identidade saudável (Forsberg, Backman & Moller , 2000).

Ao longo do ciclo vital são vários os processos de transição que implicam a adaptação do indivíduo a uma nova condição. Bridges (2004) refere que a transição não é um acontecimento mas sim uma reorientação interior e auto redefinição, ocorrendo quando a realidade atual da pessoa é interrompida, obrigando-a a mudar, opcional ou forçosamente, o que resulta na necessidade de construir uma nova realidade.

Respeitantes às propriedades da transição, estas incluem a Consciencialização: percepção, reconhecimento da transição por parte da pessoa; o nível de envolvimento da pessoa no processo de transição, que só ocorre com a consciencialização, sendo superior o nível de envolvimento da pessoa consciente das mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais; a mudança e diferença: mudança de identidade, papéis, habilidades, comportamentos, sendo importante averiguar o significado e dimensão das várias mudanças, assim como a disposição e capacidade da pessoa para lidar com a mudança e diferença, sendo que todas as transições implicam

mudanças, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição; o intervalo de tempo: as transições fluem e movimentam-se ao longo do tempo, um primeiro momento de percepção ou demonstração de mudança, seguido do período de instabilidade e stresse até se alcançar um novo começo, nova estabilidade; e os eventos e pontos críticos associados à transição que devem ser foco de atenção por parte do enfermeiro: os pontos críticos correspondem ao momento de consciencialização do início ou fim do processo de transição e os eventos a momentos de grande vulnerabilidade da pessoa, marcantes na sua vida, como o nascimento ou a morte, normalmente associados a um aumento da consciencialização da mudança ou diferença e maior envolvimento da pessoa em lidar com a experiência de transição (Meleis, 2010). A mesma autora menciona ainda as propriedades de desconexão, ou seja, a rutura com sentimentos de segurança e discrepância entre as necessidades; e de percepção, isto é, o significado que a pessoa atribui à transição, refletindo-se esta posteriormente na resposta da pessoa aos eventos.

Para direcionar os cuidados de enfermagem à pessoa e família é importante identificar o tipo de transição ou transições que a pessoa está a vivenciar para que, posteriormente se possa operacionalizar um plano de cuidados adequado às suas necessidades.

Tendo em conta a teoria das transições, no que concerne à natureza da transição considera-se que, a pessoa a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença, uma vez que esta situação inclui uma mudança súbita, em que a pessoa se move de um estado de saúde para o estado de doença aguda, com um conjunto de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Os processos de transição podem gerar instabilidade na pessoa, resultando em efeitos nefastos para a pessoa, com acentuadas alterações, que podem ser temporárias ou mesmo permanentes, influenciando a vida daquela pessoa (Zagonel, 1999). Assim, as transições podem ser saudáveis ou não, isto é, podem resultar em ganhos para a saúde e bem-estar da pessoa ou terem o efeito inverso, prejudicando a harmonia do indivíduo. Deste modo, uma transição não saudável ou ineficaz está relacionada com um desempenho insuficiente de um determinado papel ou função.

Numa transição de um estado de saúde para um estado de doença há uma mudança de papéis, que muitas vezes, com especial destaque para as situações agudas e repentinas, não é devidamente percebido e desempenhado pela pessoa, sendo nestes casos o papel do enfermeiro fundamental no restabelecimento de novo equilíbrio e bem-estar do cliente, ajudando-o na aquisição e desenvolvimento de novos papéis e comportamentos que permitam lidar com a nova situação (Meleis, 2010). Como tal, uma transição saudável consiste, assim, no domínio de comportamentos, sentimentos associados a novos papéis e identidades, processos não problemáticos (Alligood, 2009).

A rotura existencial imposta pela experiência de uma lesão neurológica obriga a um processo de reconfiguração pessoal e, conseqüentemente, a alterações significativas a nível identitário. Este processo de reconstrução identitária abarca diferentes dimensões, incluindo aspetos corporais, psicossociais e culturais.

A vida das pessoas com incapacidade adquirida tem sido dominada pelo discurso biomédico, cuja influência neste processo de reconfiguração identitária é inegável. No caso das pessoas com lesão vertebro medular, tal influência é ainda mais marcante tendo em conta as recorrentes complicações de saúde que reposicionam a pessoa com lesão vertebro medular ciclicamente na posição de paciente.

A área de enfermagem vai incidir nas respostas de saúde e doença à transição, definindo o enfermeiro estratégias de prevenção, promoção e intervenção para ajudar a pessoa no seu processo de transição, promovendo-se uma transição saudável, conforme defende Meleis (2010). A enfermagem, ao atuar nestas circunstâncias, desenvolve o cuidado transicional num duplo movimento, em que os processos de transição geram alterações de saúde-doença e estes levam às transições. Em qualquer das situações a intervenção de enfermagem deve estar presente (Zagonel, 1999). De acordo com Meleis (2010), os encontros entre enfermeiro e a pessoa ocorrem muitas vezes durante períodos de transição e de instabilidade desencadeada por alterações na vida dos indivíduos, tendo importantes implicações para o seu bem-estar e saúde.

Meleis e Trangenstein (1994) referem que o processo de transição em geral comporta três fases: entrada, passagem e saída. Na lesão vertebro medular a fase

de entrada começa na altura do acidente com o internamento hospitalar. A fase de passagem é todo o processo de reabilitação a que é sujeito para se readaptar à vida familiar e socioprofissional. E a fase de saída, supostamente, dar-se-ia com a reinserção do indivíduo na comunidade. A transição implica uma abordagem longitudinal e multidimensional dos processos nela implicada. Ou seja envolve fatores situacionais (como seja o contexto dos serviços de saúde), pessoais (como a personalidade, as experiências anteriores) e do próprio estado de saúde, ao longo do tempo, o que a diferencia das mudanças que tendem a ser breves e autolimitadas no tempo (como exemplo uma doença aguda passageira). Por isso o sucesso de transição numa fase contribui para o sucesso da seguinte. O processo de adaptação tem de ser visto de forma diferenciada ao longo das várias fases atrás referidas. Em cada uma delas os fatores situacionais (como seja o contexto dos serviços de saúde) e o próprio estado de saúde do indivíduo vão-se alterando. Até os fatores pessoais, sendo na sua maioria estáveis (como a personalidade), podem ter sofrido alterações com as experiências, nomeadamente relacionais pelas quais o indivíduo passou.

Meleis e Trangenstein (1994) propõem o conceito de transição como um conceito major no domínio da Enfermagem, independente e integrador das teorias e modelos existentes. A missão da Enfermagem seria a de facilitar os processos de transição, através do cuidar, procurando atingir como resultado a saúde e o bem-estar subjetivo, prevenindo assim uma transição pouco saudável. A enfermagem poderá assim contribuir para uma transição bem-sucedida.

Relativamente aos familiares, estes vivenciam simultaneamente uma transição do tipo situacional, pois de acordo com Meleis et al. (2000) inclui uma situação inesperada que requer uma definição dos papéis em que a pessoa e família/pessoas significativas estão envolvidos.

De acordo com o Modelo de Transição de Meleis (2000), observa-se que estas transições são múltiplas e simultâneas. Múltiplas uma vez que se verificam tanto na pessoa como na família e a pessoa não existe isolada do seu contexto familiar e simultâneas considerando que ocorrem ao mesmo tempo e se correlacionam.

A transição saúde/doença é vivenciada pela pessoa enquanto passagem de uma condição para outra, conduzindo a alterações que afetam a qualidade de vida. As alterações e diferenças poderão desencadear ruturas de relacionamento, rotinas, ideias, percepções e identidades (Meleis et al., 2000).

Os mesmos autores Meleis et al., (2000) enfatizam que para compreender inteiramente o processo de transição é necessário identificar os significados das mudanças que o mesmo contempla. Deste modo, os significados da pessoa podem influenciar positivamente ou negativamente o processo de transição.

Durante todo este processo de transição o enfermeiro deve considerar o tipo de informação a que as pessoas querem aceder, quais os fatores que possuem maior importância na sua tomada de decisão e, como estas interpretam uma qualidade de vida aceitável, para que as decisões sejam tomadas de acordo com os seus objetivos.

Relativamente à preparação e conhecimento, a informação deve ser concedida de acordo com as carências da pessoa, sendo que os profissionais de saúde devem ser realistas, considerando as capacidades das pessoas, de modo a acautelar problemas potenciais e facilitando um ambiente favorável. Meleis et al. (2000) consideram que a preparação anterior facilita o processo de transição, além de que o conhecimento do que é expectável durante a transição e as estratégias de gestão da transição também são facilitadoras, o enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação às limitações provocadas pela doença e tratamento, sendo encarado como um recurso comunitário para facilitar o processo de transição pessoal da pessoa.

Os níveis de satisfação da pessoa derivam de várias componentes, nomeadamente dos aspetos afetivos, como o apoio emocional e compreensão; dos aspetos comportamentais, como a prescrição e explicações adequadas; e dos aspetos ligados à competência do técnico de saúde, como o encaminhamento apropriado. Assim, é possível encontrar um sentido para a transição, para que esta seja vivenciada de forma saudável ou contrariamente induzir estados de maior vulnerabilidade, influenciando a qualidade de vida.

Estes indicadores devem ser definidos pela pessoa, sendo que o enfermeiro desempenha um papel orientador durante o processo de transição, com o objetivo de promover um melhor nível de bem-estar.

## **2 METODOS E MATERIAIS**

Neste capítulo é feita a apresentação e justificação da metodologia e dos instrumentos utilizados para planear e implementar no Estágio em função dos objetivos definidos.

Para estruturar os objetivos, atividades e critérios de avaliação que permitiram o desenvolvimento de competências ao longo deste processo, foi utilizada a metodologia projeto, operacionalizada com recurso a prática reflexiva, feita a partir de estudos de caso, processo de enfermagem, jornais de aprendizagem e Ciclo Reflexivo de Gibbs.

### **2.1 Metodologia projeto**

A metodologia projeto tem como objetivo a resolução de problemas, partindo de um diagnóstico de situação, que conduz à definição de objetivos, ao planeamento de atividades e à sua execução, culminado com a divulgação dos resultados alcançados. Partindo da prática, permite analisar a experiência com um certo distanciamento e deste modo criar novas aprendizagens e competências que, ao serem suportadas pelo conhecimento teórico, podem posteriormente ser aplicadas de novo na prática (Boutinet, 1996; Ruivo et al., 2010).

A metodologia projeto assenta em quatro premissas que contribuem para estabelecimento de um plano geral, situado para lá daquilo que se quer ordenar de forma minuciosa: globalidade, singularidade, gestão da complexidade e exploração de oportunidades (Boutinet, 1996).

Com a procura da globalidade, pretende-se um sentido de todo e não reduzir as atividades a uma série de objetivos sequenciais.

A singularidade traduz a perspetiva individual de quem elabora e implementa o projeto, o meio onde se encontra inserido, a sua personalidade e visão das questões envolvidas.

Ao longo do projeto, a existência e interdependência de múltiplos fatores e parâmetros que provocam incerteza leva à necessidade de uma visão e de uma prática de gestão da complexidade.

Por último, a exploração de oportunidades passa por estimar as realizações possíveis de ordenar, a partir de uma ação deliberada, e que serão sempre diferentes das anteriormente efetuadas.

Eu segui esse mesmo ciclo desde o acidente (Serviço de Urgência onde exerço), transferência para Unidade de Referência, após estabilização da lesão aguda transferência para Unidade de Reabilitação, posteriormente na comunidade até a sua efetiva alta no contexto do acidente de trabalho (Gabinete de Avaliação do Dano Corporal).

## **2.2 Prática Reflexiva**

A reflexão fornece oportunidades para rever os acontecimentos e praticas. Uma prática reflexiva garante o desenvolvimento pessoal e profissional. A promoção da reflexão através da análise crítica de quadros conceptuais de enfermagem e da experiência de campo, favorece a articulação entre a teoria e a prática. A aprendizagem reflexiva é um processo de reflexão da ação e sobre a ação, que nos permite compreender a amplitude e o significado do cuidar em enfermagem, ou seja, usamos a nossa experiência como ponto de partida para a nossa aprendizagem (Jasper, 2003). O processo de criar um julgamento de enfermagem é revestido de extrema dificuldade, porque o ser humano é único e complexo, constituindo um desafio encontrar diferentes modos de pensar para dar resposta às necessidades identificadas (Standing, 2008).

As reflexões de estágio partiram de situações encontradas durante os ensinios clínicos, incidindo na diversidade e complexidade de cada uma delas.

Na sua elaboração, foi considerada a procura constante de informação válida e atual sobre cada um dos domínios que constroem a complexidade das situações ou problemas relatados.

A informação foi obtida através de: (1) Recursos bibliográficos e documentos organizacionais existentes nos campos de ensinos clínicos<sup>12</sup>, permitindo enquadrar as questões de um ponto de vista do contexto; (2) Bibliografia recomendada pelos orientadores ou indicada nos documentos organizacionais; (3) Recurso a pesquisas bibliográfica na base de dados científicos<sup>13</sup>.

### **2.3 Estudo de Caso**

O estudo de caso é uma análise profunda de um sujeito considerado individualmente, é uma investigação de profundidade. Podem ser usados vários métodos para recolher vários tipos de informações e para se fazerem observações. Estes são os materiais empíricos através dos quais o objeto de estudo será compreendido. O estudo de caso é assim baseado numa grande riqueza de materiais empíricos, notáveis pela sua variedade. O objetivo consiste em estudar profundamente e analisar intensivamente os fenómenos que constituem o ciclo vital da unidade, em vista a estabelecer generalizações sobre a população à qual pertence (Bisquera, 1989).

O estudo de caso foi utilizado como meio de inclusão de fontes múltiplas de conhecimento, partindo de um contexto real e isolando variáveis que se pretendem estudar (Carmo & Ferreira, 2008).

Esta técnica permite integrar a prática baseada na evidência na tomada da decisão clínica, no sentido em que os cuidados de enfermagem envolvem uma variedade de diagnósticos, intervenções e de perícias desenvolvidas (Craig & Smyth, 2004).

---

<sup>12</sup> Ensinos Clínicos ou campos de estágio, Ensino Clínico 1 (EC1) (Medicina Física e Reabilitação), EC2 (Unidade de Referência Vertebro Medular), EC3 (Unidade de Cuidados Continuados) e EC4 (Gabinete de Avaliação do Dano Corporal da Companhia de Seguros)

<sup>13</sup> Apêndice II

## **2.4 Processo de Enfermagem**

O Processo de Enfermagem é fulcral na prestação de cuidados de enfermagem. É um método eficaz de criar e organizar os processos de pensamento para a tomada de decisão que proporcionam a resolução de problemas de forma individualizada e com qualidade. Este é constituído por cinco fases: Avaliação, identificação dos problemas, planeamento, implementação e avaliação final. Nesta dinâmica é fundamental não descurar o envolvimento do doente/família na criação do processo de cuidados para que este seja bem-sucedido. (Martins, 2006)

## **2.5 Ciclo Reflexivo de Gibbs**

O *ciclo de Gibbs* consiste numa análise estruturada em seis pontos orientares, compostos por questões que, ao serem respondidas de forma sequencial, formam o processo reflexivo, permitindo sistematizar uma situação complexa ou um evento (Jasper, 2003). A reflexão fornece oportunidades para rever os acontecimentos e práticas. Uma prática reflexiva garante o desenvolvimento pessoal e profissional. A promoção da reflexão através da análise crítica de quadros conceptuais de enfermagem e da experiência de campo favorece a articulação entre a teoria e a prática. A aprendizagem reflexiva é um processo de reflexão da ação e sobre a ação, que nos permite compreender a amplitude e o significado do cuidar em enfermagem, ou seja, usamos a nossa experiência como ponto de partida para a nossa aprendizagem. (Jasper, 2003)

## **2.6 Campos de Estágio**

Uma vez que o projeto incide sobre a temática da pessoa com lesão vertebro medular no acidente de trabalho, optei por realizar um seguimento do habitual percurso da pessoa. Exercendo profissionalmente numa Urgência Polivalente de um Centro Hospitalar em Lisboa, iniciei o campo de estágio numa Unidade de referência para a pessoa com lesão aguda vertebro medular, posteriormente estagiei numa Unidade de Medicina Física e Reabilitação, na comunidade escolhi a Unidade de Cuidados Continuados e por fim o Gabinete do Dano Corporal da Seguradora (Companhia de seguros). Estes campos de estágio permitiram-me que cuide e acompanhe pessoas vítimas de acidente de trabalho e com lesão vertebro medular

em diversas etapas da sua reabilitação desde o início com a entrada na unidade hospitalar via urgência hospitalar até a atribuição de alta efetiva pela companhia de seguros nos gabinetes do Dano Corporal<sup>14</sup>, a avaliação do dano corporal constitui um momento de estágio complexo, sensível e com um enorme interesse, pelo facto de estar em causa a reintegração e o mais pronto e adequado retorno a vida ativa da pessoa (término do processo de incapacidade laboral pela seguradora e reintegração da pessoa a nível laboral e/ou social). Ajudar a pessoa, de uma forma adaptada às particularidades do seu estado, de modo a repor a sua situação de vida tal como era antes do evento/acidente. Desta forma, o dano indemnizável não se guia somente pelas sequelas físicas, tendo sempre em consideração as suas múltiplas consequências no plano de vida quotidiana, da vida afetiva, familiar e da vida profissional ou de formação.

---

<sup>14</sup> A avaliação do Dano na pessoa visa definir em termos técnico científicos, as lesões e os parâmetros de dano que poderão ser objeto de indemnização tendo em vista a reparação e satisfação da pessoa e a sua reintegração e promoção da autonomia, nos caso mais graves. Assim a perícia irá orientar a reparação, de forma justa e adequada às reais necessidades...a situação deve ser reposta o mais próximo possível daquela que existiria se o evento/acidente não tivesse ocorrido. (Código Civil Português, artigo 562º)



### **3 RESULTADOS**

Este capítulo aborda os principais resultados da aprendizagem, com recurso à análise das situações ocorridas ao longo do Estágio que considero serem as mais relevantes. Cada um dos quatro subcapítulos apresentados foca um objetivo em particular (específico), procurando-se fazer a ligação entre o desenvolvimento de competências alcançado e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Uma pessoa que sofre uma lesão grave e permanente, confronta-se com uma nova realidade, uma nova forma de vida que compromete todos os seus sonhos, expectativas e projetos de vida. Um nível de dependência faz transitar para a pessoa uma nova imagem corporal, um sentimento profundo de perda, com inevitáveis repercussões a nível familiar. Neste contexto a reabilitação e sua reintegração são um dos maiores desafios, este foi o ponto de partida para o desenvolvimento de competências na prestação.

A resposta a cada um dos objetivos do projeto passou pela prática em contexto de Ensino Clínico, por estudos de caso, processos de enfermagem e elaboração e validação de trabalhos, atividades que deram origem ao conjunto de reflexões<sup>15</sup> que se encontram em apêndice a este relatório.

---

<sup>15</sup> Jornal de Aprendizagem I, II e III (Apêndice III, IV, V)

## Quadro 1 - Principais atividades realizadas nos Ensinos Clínicos

Ensino Clínico	Síntese das atividades realizadas
Unidade de Referência Vertebro Medular (EC2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração do Jornal de Aprendizagem II (<b>A fase aguda numa Unidade Hospitalar</b>)</li> <li>• Realização de Carta de transferência</li> <li>• Apresentação de guia de Orientação (<b>Pessoa com incapacidade adquirida pós acidente de trabalho. Enfermagem de Reabilitação como estratégia</b>)</li> <li>• Auto avaliação e discussão</li> </ul>
Medicina Física e Reabilitação (EC1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração do Jornal de Aprendizagem I (<b>Processo de transição</b>)</li> <li>• Realização de Estudo de Caso (<b>Pessoa com Paraplegia</b>)</li> <li>• Realização de Carta de Alta</li> <li>• Entrega do guia de Orientação (<b>Pessoa com incapacidade adquirida pós acidente de trabalho. Enfermagem de Reabilitação como estratégia</b>)</li> <li>• Auto avaliação e discussão</li> </ul>
Unidade de Cuidados Continuados (EC3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração do Jornal de Aprendizagem III (<b>Reabilitação na Comunidade</b>)</li> <li>• Realização de Processo de Enfermagem (<b>Pessoa com Paraplegia</b>)</li> <li>• Realização de Dossier (<b>Escalas de avaliação utilizadas na prática de Enfermagem de Reabilitação</b>)</li> <li>• Auto avaliação e discussão</li> </ul>
Gabinete de Avaliação do Dano Corporal (EC4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contextualização do Ensino Clínico</li> <li>• Realização de Estudo de Caso (<b>Pessoa com incapacidade adquirida em acidente de trabalho com previsão de alta</b>)</li> <li>• Apresentação de Dossier (<b>Escalas de avaliação utilizadas na prática de Enfermagem de Reabilitação</b>)</li> </ul>

A integração decorreu de uma forma dinâmica e proveitosa, intervindo ativamente no quotidiano da enfermaria e sem dificuldades, reconheço a felicidade da excelência das equipas que integrei em todos os campos de estágio e a abertura com que me receberam, aliadas á minha enorme vontade de aprender. A qualidade da integração, como é óbvio, é um meio facilitador na criação de um ambiente favorável para a aprendizagem.

Neste regresso ao papel de estudante, da especialidade, senti-me de regresso aos níveis de iniciado<sup>16</sup> ou iniciado avançado<sup>17</sup>, segundo Benner considerando que em

<sup>16</sup> Os iniciados não têm qualquer experiência das situações com as quais podem ser confrontados. Incluem-se aqui os estudantes de enfermagem e os profissionais que integram pela primeira vez os serviços, com objetivos e aspetos inerentes aos cuidados que não lhes são familiares. (Benner,2001)

<sup>17</sup> Os iniciados avançados é classificado como aceitável, na medida em que já tiveram contacto com algumas situações reais (Benner, 2001)

algumas matérias não tinha qualquer experiência, embora beneficiasse da experiência de dezanove anos de exercício de funções divididos entre uma enfermaria de medicina e um serviço de urgência. Foi fundamental o envolvimento das Enfermeiras Especialistas orientadoras de estágio nesta minha integração. Benner (2001), apoiada no modelo de Dreyfus, refere que a evolução nestes níveis é o reflexo da mudança em três aspetos: a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização de uma experiência passada concreta; a mudança da perceção das situações do pontual para o global; e a passagem de observador desligado a executante envolvido. A autora releva assim o papel da experiência na especialização clínica dos enfermeiros, reforçando a importância da estabilidade para atingir níveis de perito<sup>18</sup>.

Desde o início, se criou um ambiente até ao seu final excelente, para o desempenho e desenvolvimento das minhas competências, afirmo sem dificuldade que demonstrei conhecimentos teóricos que me permitiram desempenhar as minhas atividades com confiança e desempenho, identificando sempre e de forma correta as prioridades e necessidades da pessoa.

### **3.1 Desenvolver competências de enfermagem especializada na área de promoção e manutenção da reintegração da pessoa vítima de acidente de trabalho com lesão vertebro medular.**

Os Ensinos Clínicos serviram para tomar contacto com os cuidados prestados à pessoa com incapacidade adquirida de forma aguda e não aguda, embora no âmbito do meu projeto tenha dado mais ênfase na etiologia traumática não descurando outros momentos de aprendizagem. Acompanhei estas pessoas em situação de internamento e posteriormente na comunidade e, em especial com o modo como a

---

<sup>18</sup> A pessoa no nível de perito não necessita de estratégias analíticas de apoio à decisão, é capaz de compreender o problema forma intuitiva e considerar alternativas à situação e à resposta. O perito conhece o problema através de padrões típicos e compreende a pessoa enquanto tal (Benner, 2001).

função de ajuda é estruturada pelos enfermeiros peritos (digo, especialistas em enfermagem de reabilitação) nesta área (Benner, 2005).

A compreensão da pessoa na situação de estar doente, através do modo como dimensiona a expectativa de vida e de como percebe os sintomas, permitiu-me conceber as respostas direcionadas aos focos e juízos que formam o diagnóstico de enfermagem, dando resposta aos múltiplos aspetos que compõem o impacto da incapacidade na vida das pessoas.

### **3.1.1 O conhecer, analisar e refletir sobre a pessoa**

Inicialmente foquei-me em áreas técnicas da intervenção do enfermeiro especialista e menos numa visão global da pessoa. Parece-me evidente que, tal como anteriormente referido, me encontrava num nível de iniciado revelando necessidade de me focar na situação técnica e objetiva.

O percurso terapêutico das pessoas com uma lesão neurológica passa, como seria de esperar, por várias fases. Inicia-se ainda no local do acidente através de uma intervenção dos serviços de socorro. A esta fase inicial de segue-se uma segunda fase de internamento hospitalar. De forma esquemática, após o acidente a pessoa com lesão neurológica geralmente passa pelo Hospital Distrital da zona onde são prestados os primeiros cuidados. Após confirmação da lesão neurológica, a pessoa é transferida para um hospital que disponha de urgências polivalentes dotadas de serviço de neuro traumatologia, a fim de uma abordagem especializada. Após o período de recuperação e estabilização fisiológica, as pessoas são transferidas para outras unidades (como os hospitais distritais ou unidades de cuidados continuados, mais raramente para casa) onde aguardam vaga para um centro de reabilitação médica inicial.

Durante todo este ciclo reparei na existência de um processo de reconfiguração identitária das pessoas com incapacidade, que tendem a ser dominados, por um lado, pelas consequências físicas da lesão, nomeadamente a paralisia dos membros e a consequente perda de mobilidade e funcionalidade manipulativa e, por outro, pela centralidade do corpo. A consciência dos impactos da lesão combinada com as

experiências de reabilitação obriga a pessoa a uma tomada de consciência sobre partes do corpo ou funções que até àquele momento passavam despercebidas.

No Ensino Clínico 1 (EC1) realizei um jornal de aprendizagem<sup>19</sup> onde num processo de apresentação e socialização ao serviço é iniciado um pequeno diálogo entre pessoas com incapacidade adquirida de forma aguda, servindo de moderador, pude identificar o percurso terapêutico anteriormente referido, assim como quais os momentos marcantes até a presente data de internamento, dos quais foram referidos:

- No mecanismo de lesão e correspondente internamento hospitalar, são muitos os desafios que têm que enfrentar: o confronto com o diagnóstico, ou com a sua falta, a itinerância entre instituições hospitalares, as intervenções médicas, a reação dos familiares;
- O levante, estando associada a cadeira de rodas, este momento constitui um primeiro marco na tomada de consciência sobre a possível permanência nesta nova condição e a ideia de dependência que lhe está associada;
- O 1º fim-de-semana fora da instituição hospitalar, a primeira visita a casa, após um período de vários meses de ausência. A importância deste momento em todo o processo advém de dois fatores principais: o reencontro com a vida antes da lesão e a consciencialização das barreiras físicas, psicossociais e culturais que se lhes colocam.

Estes momentos, acima referidos também são mencionados no Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com traumatismo Vertebro Medular no processo de ajustamento em que a pessoa passa sempre por períodos de negação, agressividade, depressão, reconhecimento, adaptação e aceitação. A consciencialização da deficiência tem um percurso heterogéneo, umas pessoas

---

<sup>19</sup>No contexto de uma prática clínica, importa que se perceba a razão de ser dos instrumentos que lhe são solicitados para a construção da sua aprendizagem. O exercício de uma prática reflexiva contribui decisivamente para a estruturação do pensamento em enfermagem e assim um melhor diagnóstico na situação de cuidados (Jasper, M. 2003).

assumem-no logo no momento do acidente, outros muito mais tarde, enquanto algumas não acreditam na sua situação, fazendo uma «fuga» à realidade.

Na fase aguda no EC2 numa Unidade Hospitalar<sup>20</sup>, a pessoa com lesão vertebral medular experimenta uma mudança súbita na sua vida, com implicações a nível físico, psíquico e social que vão interferir com a saúde da pessoa, os seus sentimentos de bem-estar, as atividades e relações familiares e sociais. Aspectos mais «marcantes» como cuidar de uma pessoa consciente, gerir a verdade sobre o seu prognóstico, como ajudar a pessoa no seu processo de adaptação emocional, como ajudá-lo a ser autónomo e prepará-lo para a alta, como lidar com a adaptação da família e como gerir os ensinos para a alta.

O enfermeiro especialista de reabilitação deve estar presente nas várias etapas do internamento, desde a fase crítica até ao momento de alta. Atualmente, nas várias unidades de cuidados estão presentes enfermeiros especialistas de reabilitação, assim como na comunidade (Unidades de Cuidados Continuados), o que permitiu o desenvolvimento da minha aprendizagem pelos diferentes campos de estágio. Tive oportunidade de tornar cada momento em momento de reabilitação. Os autocuidados são essenciais em todo o processo de reabilitação e são momentos de «ouro», em que devemos aproveitar para a maximização constante da independência e a realização de ensinos. Esta proximidade permite estabelecer um plano de cuidados que não abrange apenas a fase de internamento, mas também o após alta, através da preparação do domicílio e da comunidade para receber a pessoa com as suas incapacidades.

O conceito de transição de Meleis pode ajudar os enfermeiros a contextualizar o processo de mudança que sofre a pessoa. A enfermagem vai incidir nas respostas de saúde e doença à transição, definindo o enfermeiro estratégias de prevenção, promoção e intervenção para ajudar a pessoa no seu processo de transição, promovendo-se uma transição saudável, conforme defende Meleis (2010). Ao atuar nestas circunstâncias, desenvolve o cuidado transicional num duplo movimento, em que os processos de transição geram alterações de saúde-doença e estes levam às

---

<sup>20</sup> Jornal de Aprendizagem “A fase aguda numa Unidade Hospitalar” (Apêndice IV)

transições. Em qualquer das situações a intervenção de enfermagem deve estar presente (Zagonel, 1999). De acordo com Meleis (2010), os encontros entre enfermeiro e a pessoa ocorrem muitas vezes durante períodos de transição e de instabilidade desencadeada por alterações na vida dos indivíduos, tendo importantes implicações para o seu bem-estar e saúde.

A pessoa é o elemento central da prestação de cuidados de saúde e, tem um papel fundamental sobre a decisão dos cuidados de saúde que lhe são prestados. Esta necessita de cuidados, dirigidos aos problemas fisiopatológicos, as questões psicossociais, ambientais e familiares que são intimamente interligadas com a doença. Conhecer a pessoa, é regra geral, redutor, tendencialmente centrado nas necessidades que se podem satisfazer. Este processo de conhecimento não é de todo fácil, estamos a lidar com pessoas com formas diferentes de lidar com a doença, objetivos, características diferentes e num ambiente que não é o seu. Só podemos conhecer o que a pessoa nos deixa conhecer.

O conceito de conhecer a pessoa está muito relacionado com a personalização/individualização dos cuidados. Qualquer informação que possamos recolher acerca da pessoa/família a quem direcionamos os cuidados é importante para que essa prestação de cuidados seja a mais adequada possível. Informação esta das preferências, das necessidades, da perceção, que pode ser obtida através da pessoa de referência, ou dela mesmo na nossa observação.

Para uma cuidada análise da pessoa temos de conhecer a mesma, a elaboração dos jornais de aprendizagem foram momentos reflexivos que me permitiram conhecer a pessoa nas diferentes etapas, na situação aguda EC2, na situação de convalescença/recuperação EC1 e posteriormente na comunidade EC3. Fiquei a conhecer a pessoa e os seus diferentes receios dependendo das diferentes etapas onde se encontrava.

### **3.1.2 Aplicação das escalas de avaliação utilizadas na prática**

Em qualquer programa de Reabilitação é necessário inicialmente uma avaliação inicial, recorre-se a um processo de colheita de informação em relação ao objeto de

estudo (a pessoa/família), aos seus antecedentes pessoais, doença atual, a interação com o meio circundante, a sua relação social e profissional, entre outras.

A prioridade na recolha de informação é determinada pela sua situação atual/imediata e das suas necessidades. É de extrema importância uma completa colheita de dados através de um processo clínico, da semiologia clínica, dos exames complementares de diagnóstico, das limitações nas atividades de vida diária e como estas se refletem no quotidiano da pessoa/família.

Considero ter tido oportunidade de utilizar um conjunto significativo de escalas e instrumentos de medida em todos os campos de estágio. Isto permitiu sistematizar a minha avaliação inicial, assim como o impacto da reabilitação.

A maioria destes instrumentos era desconhecida para mim, sendo que poucas destas escalas eram usadas na minha prática. O conhecimento e sua aplicação permitiu-me sistematizar o meu processo de avaliação inicial da pessoa em programa de reabilitação e monitorizar a sua evolução reduzindo assim a subjetividade dessa mesma avaliação. Não tive dificuldades especiais na sua aplicação.

A existência de escalas permitem padronizar e ao mesmo tempo individualizar, uma correta neuro avaliação com base nas escalas de avaliação permitem identificar potenciais alterações. O objetivo principal é que o instrumento de avaliação seja prático, simples na sua aplicação e posterior leitura, para que os seus resultados possam orientar o processo de reabilitação a efetuar.

No EC1 as escalas que utilizei de forma mais frequente foram o Índice de *Barthel*, a Medida de Independência Funcional (MIF), a escala de *Lower* para avaliação da força muscular e a escala de *Ashworth* Modificada para avaliação da espasticidade.

No EC2, sendo uma enfermaria criada para a especificidade de pessoas com lesão vertebro medular, as escalas utilizadas são a escala ASIA (*American Spinal Cord Injury Association*), o Índice de *Barthel*, a Medida de Independência Funcional (MIF), a escala de *Lower*, a escala de *Ashworth* Modificada e a escala de *Braden*.

No EC3, as escalas utilizadas de forma mais frequente eram o Índice de *Barthel* e a escala de *Lower*, nesta altura e estando em estágio na comunidade senti a necessidade da elaboração de um Dossier<sup>21</sup> onde pretendi reunir e uniformizar algumas das Escalas de Avaliação mais utilizadas na Enfermagem de Reabilitação, divididas numa primeira parte onde foi realizada uma explicação sucinta de cada uma das 10 escalas selecionadas: ASIA (*American Spinal Injury Association*), Escala de *Ashworth* Modificada, Índice de *Barthel*, Escala de *Berg*, Escala de *Braden*, Escala de *Lower*, MIF (Medida de Independência Funcional), MMSE (*Mini-Mental State Examination*), Escala de Morse e NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) e numa segunda fase e em apêndice, encontram-se disponíveis os respetivos instrumentos de avaliação. Este trabalho foi aceite em campo de estágio com muito agrado e com sentimento de grande utilidade futura ao nível o EC3 e no EC4.

O contacto com estas realidades permitiu-me ainda desenvolver competências na utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), ferramenta que apenas conhecia do ponto de vista teórico e que pude agora manusear e aplicar na criação de diagnósticos de enfermagem, implementação de intervenções e avaliação de resultados. Pude identificar como constrangimento, a existência de um processo de enfermagem nos locais de estágio, onde a informação clínica recolhida se divide em processo informático e outro em papel<sup>22</sup>.

Estas atividades foram fundamentais no meu processo de desenvolvimento de competências para avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades conforme definido pela OE (2011) no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

### **3.1.3 Diagnósticos de enfermagem especializada**

Após conhecer a pessoa e aplicação de escalas e medidas de avaliação da funcionalidade formulei diagnósticos de enfermagem especializada em contexto

---

<sup>21</sup> Escalas de avaliação utilizadas na prática de Enfermagem de Reabilitação (Apêndice VI)

<sup>22</sup> Notas de Enfermagem (Apêndice VII)

clínico, sendo inicialmente uma novidade tive a especial preocupação de uma cuidada avaliação a fim de recolher toda a informação necessária para identificar as necessidades afetadas. Elaborei diagnósticos adequados para orientar a intervenção bem como as suas limitações.

Na realização de estudo de caso<sup>23</sup> da pessoa com paraplegia (EC1) e processo de enfermagem<sup>24</sup> (EC3), permitiu-me identificar um conjunto de diagnósticos de enfermagem especializados, dando suporte a um processo de transição múltiplo que envolve pequenas transições que estão a ocorrer em simultâneo ao longo de um período de tempo prolongado e, que é criador de mudanças na identidade, no papel social e no seu comportamento.

De acordo com Meleis (2011), a pessoa deve ser perspectivada como única com necessidades próprias que se encontra em constante interação com o meio ambiente e com capacidade para se adaptar a essas mudanças, mas que devido a uma situação de doença, de risco de doença ou mesmo de vulnerabilidade, experimenta ou pode vir a experimentar um desequilíbrio.

A lesão vertebro medular causa uma série de perdas às quais a pessoa se tem de adaptar: físicas, funcionais, sociais, financeiras, na identidade pessoal e na própria visão do mundo. Phaneuf (2002) refere inúmeras atividades e hábitos de vida que um doente com paralisia sente alterados ou mesmo abolidos. Jogam aqui um papel importante, não só as dificuldades de mobilização, mas também a perceção negativa que a pessoa tem de si e os preconceitos da sociedade. Isto exige uma sólida capacidade de adaptação. A perda da auto imagem anterior leva a uma resposta no sentido de forjar uma nova identidade e um novo estilo de vida, com novos objetivos e novas fontes de satisfação. Ao criar uma nova existência ao invés de se fixar na anterior, a pessoa pode sentir-se bem consigo e com a sua vida.

Se ao nível físico e psicológico são referenciadas alterações, ao nível social a pessoa apresenta a tendência para o isolamento (como anteriormente já referi). Esta

---

<sup>23</sup> Estudo de Caso “Pessoa com Paraplegia” (Apêndice VIII)

<sup>24</sup> Processo de Enfermagem (Apêndice X)

fase está associada ao luto e à necessidade da pessoa se transformar para voltar a ser quem era, mesmo que fisicamente diferente (OE, 2009). A necessidade de isolamento social e/ou a institucionalização permitiu identificar diferentes diagnósticos de enfermagem, a saber: incapacidade para se vestir e despir de forma independente, incapacidade na mobilização no leito de forma independente, incapacidade para adquirir a posição de sentada na cama de forma independente, incapacidade para a mobilização autônoma de forma independente, o risco de perda de massa muscular associada à imobilidade e terapêutica antispástica, risco de úlceras de pressão, risco de obstipação, incapacidade para os cuidados de higiene associados à eliminação intestinal manifestada pela necessidade de ajuda total nos cuidados de higiene em dia de treino intestinal, risco de infecção urinária associado à presença de sonda vesical para realização de esvaziamentos, auto imagem alterada, associada a paraplegia e manifestada por discurso triste, alteração da expressão da sexualidade e risco de isolamento social e de abandono da vida laboral, associado a paraplegia.

Considero que esta experiência, assim com a reflexão «A fase aguda numa Unidade Hospitalar<sup>25</sup>» permitiu-me desenvolver um conjunto de competências de diagnóstico de necessidades em cuidados de enfermagem especializada muito relevantes e que vão de encontro à competência para avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades conforme definido pela OE (2011) no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

### **3.2 Adquirir competências de enfermagem especializada na elaboração de planos de reabilitação e reintegração personalizados**

A premissa de partida deste objetivo, traduzia efetivamente o meu estado de iniciado Benner (2005) neste campo da prestação de cuidados de enfermagem, tendo-se

---

<sup>25</sup> Apêndice IV

pretendido, a aquisição de conhecimentos clínicos, de natureza técnica e relacional, de que detinha do ponto de vista teórico.

### **3.2.1 Elaboração de planos de reabilitação individualizados**

A rotura existencial imposta pela experiência de uma lesão neurológica obriga a um processo de reconfiguração pessoal e, conseqüentemente, a alterações significativas a nível identitário. Este processo de reconstrução identitária abarca diferentes dimensões, incluindo aspetos corporais, psicossociais e culturais.

A vida das pessoas com incapacidade adquirida tem sido dominada pelo discurso biomédico, cuja influência neste processo de reconfiguração identitária é inegável. No caso das pessoas com lesão vertebro medular, tal influência é ainda mais marcante tendo em conta as recorrentes complicações de saúde que reposicionam a pessoa com lesão vertebro medular ciclicamente na posição de pessoa doente.

É fundamental o desenvolvimento de estratégias que promovam um clima de confiança e empatia, identificando, se possível, as expectativas da pessoa e, aquilo que mais a preocupa, a sua motivação para resolver os problemas, as suas capacidades de compreensão e adesão ao plano de intervenção, como defende Hesbeen (2001), de forma objetiva e dirigida às reais necessidades, evitando questões desnecessárias e supérfluas.

A elaboração de planos de reabilitação decorre naturalmente da avaliação que foi realizada nas etapas anteriores, a sua aplicação nos estudos de caso<sup>26/27</sup> (EC1 e EC4) e no processo de enfermagem<sup>28</sup> (EC2) realizados. A aplicação de escalas, a avaliação de meios complementares de diagnóstico e a observação da pessoa permite realizar os diagnósticos de enfermagem especializada, estabelecer os objetivos e planear as atividades.

A importância de apresentar à pessoa objetivos, que permitissem reduzir os momentos em que esta se encontra em desvantagem, face a uma determinada atividade, como exemplo o levantar, a transferência, o controlo da gestão da

---

<sup>26</sup> Estudo de Caso “Pessoa com Paraplegia” (Apêndice VIII)

<sup>27</sup> Estudo de Caso “Pessoa com Tetraplegia” (Apêndice IX)

<sup>28</sup> Processo de enfermagem (Apêndice X)

eliminação vesical e/ou intestinal. É um processo que permite quebrar ciclos viciosos de incapacidade para determinadas atividades geram atitudes negativas que aumentam a tendência de ajuda de terceiros.

No estabelecimento de planos, procurei que estes fossem sempre o mais completo possível. A minha experiência com pessoas com lesão vertebro medular foi muito enriquecedora no que se refere ao planeamento de cuidados. De fato, a transição brusca que estas pessoas sofreram introduz um conjunto muito relevante de alterações em necessidades básicas que tornam premente a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. O apoio num processo de transição é múltiplo e a ocorrer em simultâneo ao longo de um período de tempo prolongado provoca mudanças na identidade, papel social e comportamento da pessoa.

A situação de dependência pode implicar que o indivíduo não seja capaz de desempenhar as atividades de vida diária de forma autónoma e satisfatória, necessitando da presença de alguém que o «ajude», durante longos períodos, recaindo habitualmente a escolha sobre um elemento da família. É nestes momentos, que este assume o papel de cuidador informal por ter uma responsabilidade culturalmente definida ou vínculo afetivo, implicando uma reorganização da dinâmica familiar. Para enfrentar a situação de doença, a família tem muitas vezes de reestruturar as regras, o padrão de funcionamento e organização, surgindo assim novas formas de funcionamento (Martins, 2006). A família ao assumir o papel de cuidador confronta-se com pressões e imprevistos que sozinha tem dificuldade em resolver.

Assegurar uma transição entre a pessoa sem e outra com défices sensitivo motores exigem do enfermeiro um trabalho contínuo e dedicado. A construção de uma relação de confiança permite um misto de assertividade e de flexibilidade na gestão de horários das intervenções, ir introduzindo progressivamente os exercícios que estavam programados.

Estas atividades foram fundamentais no meu processo de desenvolvimento de competências para conceber um plano de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos

de transição saúde/doença e/ou incapacidade, conforme definido pela OE, (2011) no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

### **3.2.2 Implementação de planos de cuidados**

Em todos os ensinamentos clínicos realizei ensinamentos à pessoa e família em relação às atividades de vida diária, promovendo sempre o autocuidado e tendo em conta o processo de adaptação à doença.

Na área de reabilitação respiratória, após cuidada avaliação da pessoa e auscultação, tive oportunidade de aplicar, em diversas situações, e nos diversos campos de estágio técnicas como relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios, treino de respiração abdómino-diafragmática, reeducação costal global e seletiva, manobras acessórias (percussão, vibração, compressão) drenagem postural clássica e modificada e terapêutica de posição. O saber colocar as mãos, que força a utilizar, quais os tempos necessários para cada exercício, foram dúvidas iniciais que posteriormente foram debeladas através da orientação orientadoras dos campos de estágio por onde passei.

Realizei técnicas de mobilização, visando preservar e desenvolver todo o potencial da pessoa com incapacidade adquirida, técnicas como treino do equilíbrio estático e dinâmico, o incentivo ao levantar, execução de técnicas de exercitação músculo articular ativa-assistida, execução de técnicas de exercitação músculo articular passiva, o incentivo para a auto mobilização ativa.

Ao nível da área sensório motora tive oportunidade de realizar atividades de vestir, despir, alimentação, levantar, controlo da eliminação, mobilidade no leito, transferências cama-cadeira-cama, adaptação a cadeira de rodas e sua mobilidade, cuidados de higiene e a gestão da sexualidade.

Realizei cartas de alta e transferência<sup>29</sup> para unidades hospitalares que face aos conhecimentos adquiridos ao longo dos ensinamentos clínicos permitiram uma uniformidade na comunicação entre pares.

---

<sup>29</sup> Carta de Transferência e Alta (Apêndice XI)

A dinâmica de cuidados em serviços como no EC1 e EC2 (fase aguda da lesão na pessoa e posterior transferência para centro de reabilitação intensiva) obrigam a uma coordenação da intervenção de diversos elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente enfermeiros, terapia ocupacional, fisioterapia, psicóloga e avaliação médica, e não menos importante o repouso da pessoa. Não menos importante foi a realização de uma reunião entre os profissionais destas duas unidades de prestação de cuidados, o intuito além de convívio e de conhecimento entre pares, foi uma tentativa a nível pessoal, de que face a constante transferência de doentes entre estes dois serviços permitisse uma uniformização de cuidados em que a pessoa que necessita de cuidados assim como os profissionais fossem beneficiados. Acredito ter gerido o tempo de cuidados de forma segura, objectiva e focada, transmitindo segurança a pessoa e família.

Estas atividades foram fundamentais no meu processo de desenvolvimento de competências para a implementação de intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar funções na pessoa com incapacidade adquirida, conforme definido pela OE, 2011 no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

### **3.2.3 Avaliação da evolução do potencial funcional da pessoa**

A monitorização da evolução do potencial funcional da pessoa é fundamental para identificar os resultados da intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros especialistas e tenho claro para mim, que os ganhos em saúde não são exclusivamente decorrentes da intervenção da enfermagem, sendo resultado da ação multidisciplinar, conforme refere Hesbeen (2001).

A oportunidade de realizar diagnósticos, conseqüentemente planos de cuidados e a aplicação e implementação de atividades, sempre medidas através das escalas de avaliação anteriormente referidas, permitem verificar o desempenho das intervenções, verificando a melhoria progressiva, o que era objetivável através da aplicação e posterior avaliação das escalas. As mesmas eram referência nas sessões clínicas com a equipa multidisciplinar.

Sobre a avaliação da pessoa propriamente dita a utilização de escalas foi extremamente útil para identificar quais as necessidades, qual a tolerância da pessoa aos programas e atividades instituídas e consequentes ganhos com a realização das mesmas decorrentes da intervenção dos diferentes profissionais. A envolvimento nestes programas depende do enfermeiro que se encontrava responsável pelos cuidados em determinado turno, era notório que a tendência da pessoa de solicitar primeiro ajuda para a realização das atividades, mesmo que já as realizasse de forma independente. Apenas era executado pela pessoa quando estimulada a independência para a realização das mesmas. Em síntese e, segundo Meleis (o sentir-se e estar ligado; interação; sentir-se situado e desenvolvimento de uma identidade flexível e integrada) poderei afirmar que o processo de transição não estaria concluído nesta fase, com a necessidade de continuar a ser trabalhado em conjunto com a pessoa e sua família.

A avaliação deve permitir a reformulação dos planos de intervenção sempre que necessário, considerando que sempre tive presente essa situação ao longo dos estágios que realizei.

### **3.3 Desenvolver capacidade de reflexão e análise crítica relativamente às aprendizagens e atividades desenvolvidas, no âmbito da aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação, tendo por base o projeto de formação.**

A aprendizagem é um processo pelo qual se altera o comportamento, de forma permanente e duradoura, decorrente da experiência, treino, exercício ou estudo. Acrescento ainda que um comportamento quando é adquirido, para além da grande parte advir da aprendizagem, o desempenho desse mesmo comportamento aprendido deriva igualmente da maturidade. Neste processo de crescimento pretende-se, portanto, que haja um aumento do aporte quer de conhecimentos, quer de competências no sentido do desenvolvimento do saber-saber, saber-ser, saber-estar e saber-fazer. (Feldman, 2007)

A prática de enfermagem é uma ação dinâmica, inteligente, integrante e reflexiva da ação sobre a ação, que permite compreender a amplitude do cuidar em enfermagem. “Especificidade da enfermagem é um ato eminentemente reflexivo o

qual exige a mobilização de um vasto leque de saberes para se adequar à diversidade de contextos no âmbito dos cuidados”. (Benner, 2005, p.29)

Competências de um enfermeiro especialista, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2),

“especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2010)

A reflexão fornece oportunidades para voltar atrás, rever acontecimentos e práticas. Uma prática reflexiva garante o desenvolvimento pessoal e profissional. Promover a reflexão através da análise crítica de quadros conceptuais de enfermagem e da experiência de campo, favorece a articulação entre a teoria e a prática. É conjugando a reflexão entre a teoria e a ação que melhor poderemos refletir e analisar um problema real.

A realização de estudos de caso e processos de enfermagem, assim como jornais de aprendizagem foram fulcrais na prestação de cuidados de enfermagem. São métodos eficazes de criar e organizar os processos de pensamento, conseqüente reflexão e para a tomada de decisão que proporcionam a resolução de problemas de uma forma individualizada e com qualidade. Nesta dinâmica é fundamental não descurar o envolvimento do doente/família na criação do processo de cuidados para que este seja bem-sucedido.

### **3.4 Desenvolver competências de enfermagem especializada na área de gestão do processo de reabilitação da pessoa com lesão vertebral medular**

As pessoas internadas em serviços hospitalares deparam-se com uma transição situacional onde ocorre uma mudança de uma situação de emprego para uma situação de baixa médica. Nas pessoas a que prestei cuidados denotei que a transição de uma situação profissional estável para a baixa médica, à semelhança dos défices motores e sensitivos ocorre de uma forma brusca. Neste contexto foi possível identificar condições facilitadoras e inibidoras de âmbito pessoal, da comunidade ou da sociedade neste processo de transição.

Decorre do enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros que os cuidados de enfermagem constituem intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro, em parceria com a pessoa para a ajudar no seu projeto de saúde, procurando ao longo do ciclo vital promover a saúde, prevenir a doença e promover processos de readaptação e adaptação funcional aos seus défices, com o intuito de obter a máxima independência na realização das atividades de vida e satisfação das necessidades, sendo que estes cuidados são garantidos a dois níveis: pelo enfermeiro generalista e pelo enfermeiro especialista, este último detém a competências acrescidas e específicas que lhe permitem intervir a um nível de complexidade mais elevado.

O enfermeiro especialista pode e deve participar na gestão do processo da pessoa, como o principal interveniente na gestão da situação clínica da pessoa e sua família, na reabilitação e reintegração física, psíquica, social e profissional. Este processo deve integrar uma avaliação precoce das lesões que a pessoa apresenta, bem como uma avaliação individualizada das necessidades e do potencial de reabilitação, como ainda a elaboração e implementação de planos individuais de reabilitação e reintegração. Deve ainda visar a

*“reparação dos danos na pessoa acidentada” (compreendidos como o restabelecimento do estado de saúde, a recuperação da funcionalidade, a otimização dos potenciais funcionais e a perceção de que foi feita justiça), bem como “promover a máxima reposição possível dos níveis de saúde, de qualidade de vida e de capacidade de trabalho existentes antes do acidente, e promover a reintegração familiar, social e profissional da pessoa” (Associação Portuguesa Seguradoras, 2013).*

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos diferenciados. O seu nível elevado de conhecimentos e experiência permite-lhe tomar decisões relativas a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Com base nas competências emanadas pela Ordem dos Enfermeiros e o Guia de Boas Práticas da APS procedi à elaboração de um guia de orientação<sup>30</sup>, com a finalidade de informar/esclarecer a pessoa e profissionais, dos direitos e deveres das seguradoras para com a pessoa no âmbito do acidente de trabalho, realçando as principais dúvidas, anexando a legislação em vigor e o enfermeiro de reabilitação com um “papel” estratégico neste processo. O Enfermeiro de Reabilitação tem uma função primordial e essencial na interação com a pessoa, sendo portador de uma identidade profissional com afirmação única no contexto de atuação multidisciplinar. Desta forma, é importante reforçar que a posição estratégica e privilegiada que o enfermeiro ocupa na rede dos cuidados, possibilita uma panóplia de intervenções individualizadas e inseridas numa equipa multidisciplinar, junto da sociedade atual, devendo ser encarada como uma mais-valia face ao acidente de trabalho.

Para a implementação deste modelo de gestão do processo por parte dos Enfermeiros de Reabilitação<sup>31</sup>, e com base no modelo de atuação da ARN (*Association of Rehabilitation Nurses*) (2012) foi realizado um estudo de caso<sup>32</sup> no EC4.

O modelo de atuação desenvolvido pela *Association of Rehabilitation Nurses*, que coloca o Enfermeiro de Reabilitação como principal interveniente na gestão da situação clínica da pessoa, acredito que pode ser um modelo a aplicar no nosso contexto atual e na complexa situação da pessoa vítima de acidente e sua família. Visto que o modelo se baseia não só nos princípios da enfermagem de reabilitação, mas também em toda a complexa interação e envolvência multidisciplinar exige uma adequada gestão da situação do acidente, nomeadamente em termos da reabilitação e reintegração da pessoa acidentada no seu contexto familiar e socioprofissional.

---

<sup>30</sup> Guia de Orientação “Pessoa com incapacidade adquirida pós acidente de trabalho. Enfermagem de Reabilitação como estratégia” (Apêndice XII)

<sup>31</sup> Modelo de atuação da ARN (*Association of Rehabilitation Nurses*) Anexo II

<sup>32</sup> Estudo de Caso (EC4) Apêndice IX

Neste estudo de caso, refiro a importância de que o primeiro passo na ajuda à pessoa começa pela informação da oferta de serviços disponíveis o acesso à informação não implica que a família e o cuidador passem a usar esses mecanismos<sup>33</sup>. No entanto, esta informação pode ajudar o cuidador a sentir-se mais apoiado. As pessoas não podem fazer escolhas ou tomar decisões corretas se não dispõem de informação credível. (Martins, 2006).

Neste estudo é refletido o apoio e aconselhamento durante o processo de reabilitação, o encaminhamento e orientação acerca de respostas sociais existentes na comunidade, a informação sobre direitos, deveres e benefícios, o encaminhamento no processo de adjudicação de ajudas técnicas. Pela sua presença próxima e regular junto da pessoa com necessidades nesta áreas, mas também pelo papel na equipa de saúde, o enfermeiro é um profissional *pivot* para conceber, implementar e gerir os programas e as técnicas mais adequadas na prevenção e ao processo global de recuperação funcional. Por exemplo o posicionamento correto das pessoas no leito, a mobilização do corpo, o levantar da cama e da cadeira, as transferências da pessoa da cama para a cadeira e vice-versa, o treino das atividades de vida diárias (vestir, despir, comer, pentear,...), o treino com produtos de apoio e ajudas técnicas, o ensino para alta, a integração no domicílio, comunidade e na profissão.

---

<sup>33</sup> **Princípio da Subsidiariedade**, Estabelece que o Direito Penal só deve atuar na defesa dos bens jurídicos imprescindíveis à coexistência pacífica das pessoas e que não podem ser eficazmente protegidos de forma menos gravosa. Desse modo, a lei penal só deverá intervir quando for absolutamente necessário para a sobrevivência da comunidade, como *ultima ratio*.

O princípio da intervenção mínima é o responsável não só pelos bens de maior relevo que merecem a especial proteção do Direito Penal, mas se presta, também, a fazer com que ocorra a chamada descriminalização. Se é com base neste princípio que os bens são selecionados para permanecer sob a tutela do Direito Penal, porque considerados como de maior importância, também será com fundamento nele que o legislador, atento às mutações da sociedade, que com sua evolução deixa de dar importância a bens que, no passado, eram da maior relevância, fará retirar do ordenamento jurídico-penal certos tipos incriminadores. ( <http://www.ebah.pt/content/ABAAAqqlAI/direito-penal-principios>)

A utilização de técnicas específicas de reabilitação intervém na educação, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida. O enfermeiro de reabilitação deve promover a autonomia da pessoa nas suas próprias escolhas, orientando-a e fornecendo recursos que lhe permitam encontrar o seu caminho, perseguindo o seu projeto de vida. É assim, um desafio para o enfermeiro de reabilitação que dá continuidade ao processo de cuidados ao doente no seu contexto real, orientando-o e estimulando-o no processo de reabilitação e, ao mesmo tempo, ajudando os cuidadores no contexto familiar a terem um papel ativo neste processo.

A negociação de estratégias de atuação com doente/ família, ou seja, a pessoa no centro do processo de decisão, sendo oferecido um mapa das estradas à pessoa e utilizar os seus recursos para dialogarem sobre as diferentes possibilidades e para a acompanhar na escolha que tenha feito (Hesbeen, 2003). Articulação com cuidadores (através de contactos telefónicos diários numa primeira fase, visitas domiciliárias, registos informatizados), coordenando com os prestadores de cuidados para atuarem de maneira semelhante na execução do plano terapêutico. Como refere Martins (2006), cuidadores e doentes poderão beneficiar de melhores cuidados se as redes formais e informais e respetivos técnicos e voluntários se articularem para que todos consigam alcançar os objetivos definidos.

Até porque, segundo Hesbeen (2003), o valor de uma equipa manifesta-se pela capacidade que os diferentes prestadores de cuidados desta equipa têm para, com os recursos de que dispõem, articular os meios de modo a oferecerem à população uma verdadeira combinação de competências.



## **4 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

A discussão dos resultados do presente Relatório de Estágio, tem como referencial os quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento no 122/2011, 18 de Fevereiro):

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

E, as competências vertidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, procurando uma maior compreensão da sua implicação na prática clínica, nomeadamente na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

### **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

O Ensino Clínico revelou-se como fonte de múltiplas aprendizagens, que ocorreram nas diversas fases do processo de elaboração e implementação do projeto de Estágio. A definição de objetivos focados na pessoa, e, não no contexto ou situação, permitiu-me refletir na origem da prática descentrando-a do cuidado de enfermagem para a recentrar na pessoa.

As reflexões decorrentes das situações consideradas mais relevantes durante os ensinamentos clínicos, centradas na pessoa com Lesão Vertebral Medular com a sua vida autónoma, planos e pensamentos, no modo como vive o território que a torna vulnerável, que me serviu de guia para balizar a pertinência na ação e para criar um juízo do porquê agir, conduzindo ao desenvolvimento de competências (Boterf, 2005).

Tal como a prática, as Reflexões de Estágio, enquanto juízos baseados no conhecimento e na experiência, contribuíram para o desenvolvimento de

competências no domínio da “*Responsabilidade profissional, ética e legal*”, no sentido que permitiram conceber e promover cuidados que refletem o respeito pela dignidade humana e as responsabilidades profissionais, a partir da ampliação de opções de resposta para os problemas identificados, permitindo desenvolver uma prática mais ética no meu campo de intervenção.

### **Melhoria Contínua da Qualidade**

Todos os Ensinos Clínicos contribuíram para compreender a problemática da pessoa com Lesão Vertebral Medular com necessidade de cuidados. Estas aprendizagens permitiram um desenvolvimento de competências na área das funções de ajuda, educação e de orientação, diagnóstico e vigilância, gestão de situações de evolução rápida, administração e vigilância de protocolos terapêuticos e assegurar a qualidade dos cuidados que são a base para criar e manter um ambiente terapêutico seguro (Benner, 2005).

O planeamento do Estágio teve como objetivo conceber, de acordo com as necessidades identificadas em cada Ensino Clínico, de programas de melhoria da qualidade, que foram traduzidos na elaboração de Guia de Orientação “Pessoa com incapacidade adquirida pós acidente de trabalho. Enfermagem de Reabilitação como estratégia”, e deste modo contribuir com a partilha de conhecimentos numa área onde me considero perito.

O desenvolvimento deste Guia teve o intuito de criar um documento de recomendações de boas práticas a fim de prover os enfermeiros de instrumentos que contribuam para a melhoria de padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, procurando assim transportar para o meu local de trabalho alguns dos conhecimentos adquiridos ao longo do Estágio e, de certa forma, do curso de Especialidade, respondendo a uma necessidade por mim identificada durante anos de prática e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Tenho como objetivo a apresentação deste trabalho e posterior discussão junto a Ordem dos Enfermeiros assim como na Associação Portuguesa de Seguradores, proposta onde se especificam as práticas profissionais clínicas a nível de uma

unidade orgânica, encontrando-se estas relacionadas com manuais de boas práticas e códigos deontológicos de cada profissão.

### **Gestão dos Cuidados**

A aprendizagem resultante dos ensinamentos clínicos são fonte de conhecimentos que contribuíram para reforçar o processo de tomada de decisão, melhorando a utilização de informação do decurso do cuidar, a capacidade para elaborar diagnósticos de enfermagem, as soluções de intervenção e a avaliação dos resultados. Pode então concluir-se que foram desenvolvidas competências de gestão de cuidados, que se irão refletir na minha prática profissional, com ganhos de otimização da resposta da equipa de enfermagem e da equipa de saúde.

Permitiu ainda cimentar conhecimentos clínicos e de decisão, que conduzem ao desenvolvimento de competências na área de orientação e supervisão de práticas e tarefas a delegar.

Cada vez mais com o agravamento das situações de saúde, é imperativo a capacidade de priorizar as intervenções, o que requer julgamento clínico<sup>34</sup>. O processo de tomada de decisão em enfermagem é crucial e contínuo. As minhas tomadas de decisão têm por base a minha experiência profissional, o meu conhecimento, o que observo dos outros, o que conheço da pessoa, de forma a adequar os cuidados. Muito presente na minha prática diária, é necessário decidir e priorizar os cuidados. A reflexão feita sobre a intervenção permite uma nova aprendizagem para situações posteriores (Tanner, 2006). Assim como, a reflexão durante uma intervenção, tendo em conta o *feedback* da pessoa, vai ajudar-me a adequá-la da melhor forma. (Tanner, 2006). Os orientadores de estágios podem ser a ligação entre o contexto académico e profissional de forma a melhor preparar os estudantes para a prática e estimular o raciocínio reflexivo. (Lasater, 2011)

---

<sup>34</sup> O Modelo do Julgamento Clínico como refere Tanner (2006), é o processo que vai desde o conhecer a pessoa até à tomada de decisão e implementação da ação/intervenção, devendo se acompanhada de reflexão no decorrer e após a intervenção realizada.

## **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

O modo como as fontes de conhecimento foram integradas e relacionadas com a teoria permitiu-me, através da realização de reflexões ao nível dos diferentes ensinamentos clínicos desenvolver os meus padrões de conhecimento, o desenvolvimento destes e o modo como estes se articulam validaram a formulação de juízo. A abordagem crítica aos conceitos e ideias que construíram as reflexões decorrem da evidência científica que inclui a vertente ética, estética, cultural e o contexto sociopolítico, assim como as limitações decorrentes de todo este processo, contribuíram para o autoconhecimento e desenvolvimento de competências de assertividade.

## **Limitações**

O processo de elaboração das reflexões de estágio fica limitado por me encontrar na situação de iniciado, ou iniciado avançado no desenvolvimento de competências (Benner, 2005) na área de enfermagem de reabilitação. Outra limitação identificada prende-se com o acesso a estudos empíricos em regime aberto nas bases de dados, tendo como matriz teórica a enfermagem enquanto disciplina (Basto, 2009), o que levou a centrar as revisões de literatura a estudos relacionados com o tema e feita a ponte com a disciplina através artigos de com foco nas problemáticas de enfermagem.

## **Implicações para a Prática**

As principais implicações para a prática dos cuidados encontram-se sintetizadas na proposta do Guia de Orientação “Pessoa com incapacidade adquirida pós acidente de trabalho. Enfermagem de Reabilitação como estratégia”, podendo ser descritas nas suas três vertentes:

- Contributos para a melhoria dos cuidados;
- Contributos para a investigação;
- Contributos para as políticas de saúde a nível organizacional.

## **Contributos para a Melhoria dos Cuidados**

Os resultados apresentados e a discussão que deles é feita, no presente Relatório permite afirmar que este Estágio, integrado num processo mais amplo que é o curso de Especialidade, terá reflexos evidentes na minha prática profissional e que, como vem sendo referido neste capítulo, se irão sentir na equipa de enfermagem onde me integro e no contexto em que presto cuidados. Por outro lado, verifica-se que o Guia de Orientação “Pessoa com incapacidade adquirida pós acidente de trabalho. Enfermagem de Reabilitação como estratégia” apresenta-se como uma orientação que especifica as práticas profissionais numa área pouco explícita, encontrando-se estas relacionadas com manuais de boas práticas de profissão. Assim, após a sua divulgação e implementação, este documento afigura-se como um instrumento válido e pertinente para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível operacional.

## **Contributos para o Conhecimento**

A enfermagem ocupa-se, sobretudo, da promoção da saúde, da prevenção da doença, bem como do cuidado de pessoas doentes, incapacitadas ou num estadio terminal. Os objetivos da Enfermagem centram-se na defesa da pessoa, promoção de um ambiente seguro, desenvolvimento de investigação na área, participação na formulação de políticas de saúde, gestão e formação.

São os enfermeiros, dado o seu acesso direto aos trabalhadores, normalmente numa base diária, habitualmente o primeiro ponto de contato para muitas questões e problemas relacionados com a saúde [Organização Mundial de Saúde (OMS), 2001]. A temática veio ao encontro de expectativas formativas pessoais, mas espero que venha a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados a estas pessoas, assim como no meu contexto profissional junto aos meus pares.

O futuro está cheio de desafios aos quais saberemos (enfermeiros) responder se nos consciencializarmos que o saber rapidamente fica obsoleto e para cuidar em enfermagem temos a obrigação de “aprender a aprender” ao longo da vida.

Face a temática verifica-se que existem muitas leis e diretrizes nacionais e internacionais, mas a sua operacionalização nem sempre é muito eficaz. No entanto, constata-se que, nesta área e no âmbito da atuação de enfermagem as políticas de saúde são inexistentes (ao contrario do que sucede em outros países).

### **Contributos para as Políticas de Saúde a Nível Organizacional**

As políticas de saúde como organização da vida em comunidade são definidas como as escolhas da sociedade balizadas por legislação, diretivas ou regulamentos, servindo como guias orientadores para construir programas operacionais e tomar decisões, transformando as vontades em realidades (Fawcett & Russel, 2001).

O gestor do processo pode atuar por intermedio de diferentes entidades, nomeadamente através das entidades empregadoras (publicas ou privadas), unidades de saúde, companhias de seguro ou através da própria pessoa ou família, com vista a preparar um plano dinâmico que aborde os tratamentos, equipamentos e recursos, bem como os custos dos cuidados médicos e associados ao longo da sua vida ou durante o seu processo de doença/lesão.

Também nesta área não existe a nível nacional a figura do enfermeiro no processo de acidente de trabalho, pelo que entendo que esta perspetiva Americana de atuação do enfermeiro irá de encontro às Competências Especificas do Enfermeiro de Reabilitação emanadas pela Ordem dos Enfermeiros.

O modelo de atuação desenvolvido pela Association of Rehabilitation Nurses, que coloca o Enfermeiro de Reabilitação como principal interveniente na gestão da situação clinica da pessoa, pode ser um modelo a aplicar no nosso contexto atual e na complexa situação da pessoa vítima de acidente de trabalho e sua família. Visto que o modelo se baseia não só nos princípios da enfermagem de reabilitação, mas também em toda a complexa interação e envolvência multidisciplinar exige uma adequada gestão da situação do acidente de trabalho, nomeadamente em termos da reabilitação e reintegração da pessoa acidentada no seu contexto familiar e socioprofissional. O resultado deste trabalho, no tocante a políticas de saúde, pode servir de base para criação de documentos e com outros formatos pondo em

evidência a enfermagem através da criação de indicadores para a gestão da boa prática.

Desta forma, é importante reforçar que a posição estratégica e privilegiada que o enfermeiro ocupa na rede dos cuidados, possibilita uma panóplia de intervenções individualizadas e inseridas numa equipa multidisciplinar, junto da sociedade atual, devendo ser encarada como uma mais-valia face ao acidente de trabalho.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, R. (2009). Enfermagem do Trabalho, Contributo do Enfermeiro para a Saúde no Trabalho. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Association of Rehabilitation Nurses (2012). The Rehabilitation Nurse Case Manager. Disponível em: <http://www.rehabnurse.org/pubs/role/Role-Rehab-Nurse-Case-Manager.html>

Associação Portuguesa de Seguradores (2013). Modelo de Intervenção e Acompanhamento das Pessoas Acidentadas com Alteração Grave na Funcionalidade. Disponível em: [http://www.apseguradores.pt/CMS\\_BO/ResourceLink.aspx?ResourceId=214](http://www.apseguradores.pt/CMS_BO/ResourceLink.aspx?ResourceId=214)

Autoridade para as Condições do Trabalho (2013). Acidentes de trabalho mortais objeto de inquérito pelos inspetores do trabalho. Disponível em: <http://www.act.gov.pt/%28pt-PT%29/CentroInformacao/Estatistica/Paginas/default.aspx>

Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. Pensar Enfermagem, 12(2), 11–18. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\\_13\\_2\\_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)

Barbier, J. (1993) Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto: Porto Editora.

Benner, P. (2001) De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P. (2005). De Iniciado a Perito (Original 2001). (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Bisquerra, R. (1989). Métodos de Investigación Educativa. Barcelona: Guía Práctica.

Boterf, G. L. (2005). Construir as Competências Individuais e Colectivas - Resposta a 80 Questões. Porto: Edições ASA.

- Boutinet, J.-P. (1996). Antropologia do Projecto (Original 1990). Lisboa: Instituto Piaget.
- Bridges, W. (2004). Transitions: Making Sense of Life's Changes (2a ed., p. 194). Cambridge: Da Capo Press.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). Metodologia da Investigação - Guia para a Auto-aprendizagem (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Castanheira, Fátima, et al (2003). História da Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, nº.9, 12-13.
- Cayotte, Elodie, Buchow, Hartmut (2009). Who dies of what in Europe before the age of 65. Eurostat. 67/2009, Statistics in focus. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fep.eurostat.ec.europa.eu\(...\)](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fep.eurostat.ec.europa.eu(...))
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros (Original 2002). Loures: Lusociência.
- Collière, M. (1999) Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. 3ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Decreto-Lei nº 143/99 de 30 de Abril - Diário Da República — Série-1- A, Nº 101 de 30.04.1999, páginas 2323-2332. Disponível em: <http://www.dre.pt/util/getpdf.asp?s=leg&serie=1&iddr=1999.101A&iddip=19991297>
- Decreto-Lei nº 503/99 de 20 de Novembro - Diário da República — Série-1-A, Nº 271, de 20.11.1999, páginas 8241-8256. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/.../0/DecLei50399de2011.pdf>
- Direcção-Geral de Saúde (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - 4.10: Objetivos para o Sistema de Saúde – Obter Ganhos em Saúde. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Direcção-Geral de Saúde (2009). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (2009-2016). Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2009/5/prevencao+acidentes.htm>

Fawcett, J., & Russel, G. (2001). A Conceptual Model of Nursing and Health Policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(2), 108–116.

Feldman, R.S. (2007). *Introdução à psicologia*. (6ª ed.). Nova Iorque: McGraw Hill.

Fontes, R. (2013) A Realidade em Portugal. In: Fonseca, C. & Fontes, R. *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva - Os Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição*. Lisboa. Great Age Friends: Inovação e Desenvolvimento. 10-12.

Forsberg, A., Bäckman, L., & Möller, A. (2000). Experiencing liver transplantation: a phenomenological approach. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 327–334.

Hesbeen, Walter (2003). *A reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. Cheltenham (UK): Nelson Thornes Ltd.

Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A. & Major, F. (2002) *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona. Masson.

Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro. Aprova a revisão do Código do Trabalho. *Diário da República*, 1ª série, nº 30, 12.02.2009, Páginas 926-1029. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2009/02/03000/0092601029.pdf>

Lei nº 7/95, de 25 de Março. Alteração, por ratificação, do Decreto-Lei n.º 26/94, de 1 de Fevereiro. *Diário da República*, série I-A, 25.03.1995. páginas 1710-1713. Disponível em <http://www.dre.pt/pdf1s/1995/03/075A00/17101713.pdf>

Livneh, H. (1989). Rehabilitation Intervention Strategies: their integration and classification. *Journal of Rehabilitation*. vol. 55 (2). P.52-56

Martins, M. (2007). Enfermagem e “enfermagem veterinária”. *Pensar Enfermagem*, 11(1), 1–17. <http://hdl.handle.net/10400.11/127>

- Meleis, A. I.; Trangenstein, P. (1994) – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*.
- Meleis, A.I. (1995), *Theoretical Nursing: Development and Progress*, 2ª Ed. Filadelfia, J.B. Lippincott Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9f17c380-e359-4af5-b287-09e2fcfe2b41@sessionmgr4003&vid=2&hid=4209>
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5a ed., pp. 1 – 688). London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Phaneuf, Margot (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência.
- Oliveira, A; André, S. (2010). Enfermagem em Saúde Ocupacional. *Millenium*. 41 (7/12). P.115-122
- Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ed.). (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (Eds.). (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percurso - Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior do Instituto Politécnico de Setúbal, (15), 38. Obtido de [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

Santos, M., Almeida, A. (2012). Enfermagem na Equipa de Saúde Ocupacional. Revista de Enfermagem de Referência. Nº 6. p.151-154.

Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2008). Disponível em: [http://www.sep.org.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1923&Itemid=192](http://www.sep.org.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1923&Itemid=192)

Soares, L., Wagner, L. (2012). Reabilitação profissional: vivências de funcionários com limitações físicas e psicossociais em um hospital universitário. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 10(2) 49-55

Standing, M. (2008). Clinical judgement and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. Journal of Advanced Nursing, 62(1), 124–134.

Tanaka, E., Manzini, E. (2005) - O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência? Revista Brasileira Especial. 11 (2) 273-294. [http://www.sep.org.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1923&Itemid=192](http://www.sep.org.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1923&Itemid=192).

Tomey, A. & Alligood. M. – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

União Geral dos Trabalhadores (2012). Compilação de Dados Estatísticos sobre Sinistralidade Laboral e Doenças Profissionais em Portugal. [http://www.ugt.pt/SST\\_CompilacaoDadosEstatisticos\\_23\\_10\\_2012.pdf](http://www.ugt.pt/SST_CompilacaoDadosEstatisticos_23_10_2012.pdf)

Zagonel, I.P.S. (1999). O cuidado humano transicional na trajectória de enfermagem in Rev.latino-am enfermagem, v7, nº3: 25-3



## **APÊNDICE I – OBJETIVOS, ATIVIDADES E CRONOGRAMA DO PROJETO DE ESTÁGIO**





**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular de Opção II**

**Projeto de Estágio**

# **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Especializados à Pessoa com Lesão Vertebro Medular por acidente de trabalho**

**Autor:**

João Miguel Rosado Alves

N.º 5487

Lisboa, Julho de 2014

**5º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular de Opção II**

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação  
Especializados à Pessoa com Lesão  
Vertebro Medular por acidente de trabalho**

**Discente:**

João Miguel Rosado Alves

N.º 5487

**Docente Orientadora:**

Vanda Marques Pinto

Lisboa, Julho de 2014

## PROJETO

Neste capítulo vou abordar a definição do problema com o objectivo de o detalhar o modelo de atuação, baseada em cuidados de enfermagem e estruturar o plano de atividades, para dar resposta aos objectivos do projecto enunciados na introdução e ao mesmo tempo servir como critérios de avaliação do estágio.

### ***Definição do Problema***

Para além do papel anteriormente descrito e após a ocorrência do acidente, o enfermeiro especialista pode e deve participar no processo de acompanhamento da pessoa e sua família, na reabilitação e reintegração física, psíquica, social e profissional. Este processo de acompanhamento deve integrar uma avaliação precoce das lesões que a pessoa apresenta, bem como uma avaliação individualizada das necessidades e dos potenciais de reabilitação, como ainda a elaboração e implementação de planos individuais de reabilitação e reintegração. Deve ainda visar a *“reparação dos danos na pessoa acidentada”* (compreendidos como o restabelecimento do estado de saúde, a recuperação da funcionalidade, a otimização dos potenciais funcionais e a percepção de que foi feita justiça), bem como *“promover a máxima reposição possível dos níveis de saúde, de qualidade de vida e de capacidade de trabalho existentes antes do acidente, e promover a reintegração familiar, social e profissional da pessoa”* (Associação Portuguesa Seguradoras, 2013).

As intervenções de Enfermagem à pessoa vítima de acidente de trabalho revestem-se de extrema importância. Neste sentido também a Ordem dos Enfermeiros (2010) reforça em que o enfermeiro de reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do seu ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o auto cuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, concebe, implementa e monitoriza planos diferenciados. O seu nível elevado de conhecimentos e experiência permite-lhe tomar decisões relativas a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que

visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O Enfermeiro de Reabilitação tem uma função primordial e essencial na interação com a pessoa, sendo portador de uma identidade profissional com afirmação única no contexto de atuação multidisciplinar.

Neste contexto a Association of Rehabilitation Nurses (ARN) desenvolveu um modelo de atuação para gerir os vários aspetos de saúde da pessoa e intervenções sociais, através da prestação de cuidados continuados. Os Enfermeiros de Reabilitação, em particular, centram-se nesta abordagem sistemática para gerir todo o processo do indivíduo. O objetivo deste modelo de gestão do processo consiste na prestação de serviços de qualidade, a implementação de cuidados especializados e outros serviços de saúde necessários para promover no indivíduo efeitos que desencadeiem o maior nível possível de independência e qualidade de vida.

Para a implementação deste modelo de gestão do processo por parte dos Enfermeiros de Reabilitação, a ARN (2012) estabeleceu as seguintes etapas:

- Atempada identificação de pessoas que necessitem de serviços, de preferência no início de uma lesão ou doença;
- Encaminhamento para um gestor de processo, enfermeiro de reabilitação qualificado, pois este possui um alto nível de especialização nas áreas de intervenção (saúde e sociais) necessárias;
- Avaliação pelo gestor de processo, para determinar pontos fortes do indivíduo, desafios, prognóstico, estado funcional, metas e necessidades de serviços e recursos específicos;
- Desenvolvimento de um plano que identifique as metas de curto e longo prazo, envolvendo o indivíduo, sistemas de apoio (familiar, social e comunitário), a colaboração interprofissional e uso de recursos adequados;
- Identificação, aquisição e coordenação de serviços e recursos para implementação do plano;
- Avaliação contínua do progresso do indivíduo no plano, bem como da eficácia e adequação dos serviços prestados ao longo de toda a prestação de cuidados;
- Escolha dos serviços mais adequados, baseados em evidências de custo benefício para garantir a qualidade do atendimento e cumprimento de metas apropriadas;
- Promoção de competências de auto cuidado do indivíduo para alcançar a máxima independência.

O gestor do processo pode atuar por intermédio de diferentes entidades, nomeadamente através das entidades empregadoras (públicas ou privadas), unidades de saúde, companhias de seguro, ou através do próprio indivíduo ou família, com vista a preparar um plano dinâmico que aborde os tratamentos, equipamentos e recursos, bem como os custos dos cuidados médicos e associados ao longo da sua vida ou durante o seu processo de doença/lesão.

O modelo de atuação desenvolvido pela Association of Rehabilitation Nurses, que coloca o Enfermeiro de Reabilitação como principal interveniente na gestão da situação clínica da pessoa, pode ser um modelo a aplicar no nosso contexto atual e na complexa situação da pessoa vítima de acidente e sua família. Visto que o modelo se baseia não só nos princípios da enfermagem de reabilitação, mas também em toda a complexa interação e envolvimento multidisciplinar exige uma adequada gestão da situação do acidente, nomeadamente em termos da reabilitação e reintegração da pessoa acidentada no seu contexto familiar e socioprofissional.

Também nesta área não existe a nível nacional a figura do enfermeiro no processo de acidente de trabalho, pelo que esta perspetiva americana de atuação do enfermeiro parece ir de encontro as Competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação descritas pela Ordem dos Enfermeiros.

## ***Plano de Atividades***

No planeamento do projeto são delineadas as atividades e estratégias a desenvolver para dar resposta aos objetivos gerais e específicos supracitados. Para melhor consolidar o planeamento dos campos de estágio a realizar no 3º semestre do mestrado, durante o 2º semestre e na Unidade Curricular de Ensino Clínico, foi possibilitada a programação e realização de visitas formais a locais de referência na área da temática e possíveis campos de estágio, considerados uma mais valia no percurso de aquisição de competências para dar resposta às competências específicas da temática do projeto e ao mesmo tempo às do mestrado.

A formalização das visitas aos campos de estágio permitiram-me observar diferentes contextos, realidades diferentes da minha prática profissional, tentando perceber quais os obstáculos encontrados e os benefícios subjacentes. Optei por desenvolver atividades que me permitissem conhecer um pouco melhor o contexto atual da temática, assim como, enriquecer o conteúdo do meu projeto de uma forma mais direcionada.

Uma vez que o projeto incide sobre a temática da gestão do processo na pessoa com lesão vertebral medular no acidente de trabalho, optei por realizar um seguimento do habitual percurso da pessoa. Iniciarei o campo de estágio na Unidade Hospitalar de Referência Vertebral Medular no Hospital, posteriormente estagiarei na Medicina Física e Reabilitação, posteriormente na comunidade escolhi uma Unidade de Cuidados Continuados e o Gabinete

do Dano Corporal de uma Seguradora. Estes campos de estágio permitem que lide e acompanhe com pessoas vítimas de acidente de trabalho e com lesão vertebro medular em diversas etapas da sua reabilitação desde o início com a entrada na unidade hospitalar via urgência hospitalar até a atribuição de alta efetiva pela companhia de seguros nos gabinetes do Dano Corporal<sup>35</sup>, a avaliação do dano corporal constitui um momento de estágio complexo, sensível e com um enorme interesse, pelo facto de estar em causa a reintegração e o mais pronto e adequado retorno a vida ativa da pessoa (término do processo de incapacidade laboral pela seguradora e reintegração da pessoa a nível laboral e/ou social). Ajudar a pessoa, de uma forma adaptada às particularidades do seu estado, de modo a repor a sua situação de vida tal como era antes do evento/acidente. Desta forma, o dano indemnizável não se guia somente pelas sequelas físicas, tendo sempre em consideração as suas múltiplas consequências no plano de vida quotidiana, da vida afetiva, familiar e da vida profissional ou de formação.

Estabeleci objetivos e com base nas competências defini um Plano de Atividades que é transversal aos quatro campos de estágio.

---

<sup>35</sup> A avaliação do Dano na pessoa visa definir em termos técnico científicos, as lesões e os parâmetros de dano que poderão ser objeto de indemnização tendo em vista a reparação e satisfação da pessoa e a sua reintegração e promoção da autonomia, nos caso mais graves. Assim a perícia irá orientar a reparação, de forma justa e adequada às reais necessidades...a situação deve ser reposta o mais próximo possível daquela que existiria se o evento/acidente não tivesse ocorrido. (Código Civil Português, artº 562º)

## Plano de Atividades

### Objetivos específicos:

- Desenvolver competências de enfermagem especializada na área de gestão do processo de reabilitação da pessoa com lesão vertebral medular;
- Desenvolver competências de enfermagem especializada na área de promoção e manutenção da reintegração da pessoa vítima de acidente de trabalho com lesão vertebral medular;
- Adquirir competências de enfermagem especializada na elaboração de planos de reabilitação e reintegração personalizados;
- Desenvolver capacidade de reflexão e análise crítica relativamente às aprendizagens e atividades desenvolvidas, no âmbito da aquisição de competências na área de enfermagem de reabilitação, tendo por base o projeto de formação.

- Conhecer a organização e dinâmica dos campos de estágio com consulta dos protocolos, normas, procedimentos e projetos desenvolvidos e em desenvolvimento;

- Interagir com a equipa multidisciplinar;

- Conhecer os objetivos dos serviços, dos modelos de prestação de cuidados e conhecer a gestão dos cuidados de enfermagem pelas equipas.

Competências	Atividades	Recursos	Resultados
<p>– Domínio da gestão dos cuidados.</p> <p>– Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar;</p> <p>– Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos</p>	<p>- Implementação do plano de intervenção, em conjunto com a pessoa, que permita melhorar o seu desempenho, atendendo à sua singularidade e necessidades;</p> <p>- Intervenção junto da pessoa com Lesão Vertebral Medular e sua família na adesão de programas e sua adaptação, no ensino para a prevenção, despiste e resolução de complicações;</p> <p>- Utilização de equipamentos e recursos existentes no local de estágio, adequados à prestação dos cuidados;</p> <p>- Colaboração na transferência ou alta, articulação com as várias</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Pessoas com Lesão Vertebral Medular e famílias, presentes nos campos de estágio;</p> <p>- Enfermeiros responsáveis dos serviços e enfermeiro orientador do ensino clínico;</p> <p>- Elementos da equipa multidisciplinar.</p> <p>Materiais:</p> <p>- Normas e</p>	<p>- Demonstra desenvolvimento de competências na elaboração de programas de reabilitação;</p> <p>- Implementa planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados no plano global de cuidados;</p> <p>- Adequa a prestação dos cuidados planeados às necessidades e</p>

<p>cuidados;</p> <p>– Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</p> <p>– Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>– Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de</p>	<p>equipas e serviços, e informando e esclarecendo a pessoa/família para os recursos da comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio existentes no domicílio da pessoa, adequados à realização das intervenções de reabilitação, programadas;</li> <li>- Articulação a pessoa/família/cuidador com os recursos da comunidade envolvente;</li> <li>- Avaliação e reformulação das intervenções de ER de acordo com os resultados obtidos e os objetivos que se pretende alcançar, no sentido de garantir a continuidade dos cuidados;</li> <li>- Elaboração de registos.</li> </ul> <p>- Analisar percurso formativo em estágio de forma a identificar as necessidades de formação;</p> <p>- Analisar o desenvolvimento e aprendizagem efetuada ao longo do estágio, e discussão e reformulação do projeto de formação;</p> <p>- Reflexão com a enfermeira orientadora sobre o meu desempenho ao longo do estágio, de forma a adequar as estratégias de aprendizagem aos objetivos definidos;</p> <p>- Realização de diário de aprendizagem, que permita a construção do Relatório de Estágio.</p> <p>- Identificação de necessidades formativas da equipa de enfermagem, na área de desenvolvimento deste projeto e no contexto do estágio, e</p>	<p>protocolos do serviço</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Processos dos doentes</li> <li>- Artigos científicos</li> <li>- Livros científicos</li> <li>- Internet</li> </ul> <p>Temporais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo de permanência nos respetivos serviços e horas de trabalho autónomo.</li> </ul>	<p>potencialidades da pessoa/família a cuidar, estabelecendo prioridades;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza correta e eficazmente os equipamentos e recursos na prestação de cuidados;</li> <li>- Colabora enquanto elemento ativo no processo de transferência ou alta da pessoa.</li> <li>- Articula a pessoa/família/cuidador com os recursos da comunidade envolvente.</li> <li>- Avalia as necessidades formativas da equipa de enfermagem e implementa planos formativos na área da Enfermagem de Reabilitação;</li> <li>- Demonstra capacidades na área da investigação, valorizando uma prática baseada na evidência através da revisão da literatura sobre um tema pertinente para a Enfermagem de Reabilitação;</li> <li>- Cooperar nas</li> </ul>
--	--	--	---

<p>conhecimento.</p> <p>– Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;</p> <p>– Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde doença e ou incapacidade;</p> <p>– Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio respiratório, da alimentação, eliminação e</p>	<p>validação das mesmas com a enfermeira orientadora;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operacionalização de um plano formativo que procure atender às necessidades identificadas;</li> <li>- Colaboração nas ações de formação em serviço, ou em projetos que se encontrem em desenvolvimento no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.</li> </ul> <p>- Recolher informação pertinente e utilizar escalas e instrumentos de medida para avaliação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as atividades de vida diária de forma independente;</li> <li>- Identificar fatores facilitadores e inibidores para a realização das atividades de vida diária;</li> <li>- Avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde doença e ou incapacidade;</li> </ul> <p>- Conceber planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selecionar e prescrever produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).</li> </ul> <p>- Implementar planos de intervenção para a redução do risco;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar programas de reeducação funcional;</li> <li>- Ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito dos</li> </ul>		<p>ações de formação e projetos, a decorrer, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornece bibliografia atualizada e bibliografia referenciada nas aulas teóricas.</li> </ul> <p>- Recolhe informação pertinente que permite conhecer as necessidades de cuidados da pessoa/família;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra conhecimentos acerca da implementação das escalas e instrumentos de medida da funcionalidade;</li> <li>- Identifica a capacidade funcional e o potencial da pessoa para realizar ou recuperar a independência na realização das atividades.</li> <li>- Mobiliza os dados obtidos, estabelecendo um programa de reabilitação adaptado às necessidades e potencialidades da pessoa;</li> <li>- Elabora um plano de cuidados individualizado,</li> </ul>
--	---	--	---

<p>sexualidade;</p> <p>– Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p>– Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a inserção e exercício da cidadania.</p> <p>- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>programas definidos com vista a promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento, domicílio e comunidade).</p> <p>- Monitorizar a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco, otimização da função, reeducação funcional e treino;</p> <p>- Ensinar a pessoa e/ou cuidador técnicas específicas de autocuidado;</p> <p>- Realizar treinos específicos de atividades de vida diária nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação);</p> <p>- Ensinar e supervisionar a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.</p> <p>- Demonstrar conhecimentos sobre a legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica;</p> <p>- Conceber sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e sua reabilitação.</p> <p>- Monitorizar a implementação dos programas concebidos;</p> <p>- Monitorizar os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa.</p>		<p>exequível e pertinente, reconhecendo a família como parceira de cuidados;</p> <p>- Confere com a enfermeira orientadora as informações e as intervenções de enfermagem de reabilitação programadas.</p>
--	---	--	--

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração deste projeto de aprendizagem representa uma perspectiva futura acerca do percurso que irei tentar percorrer ao longo dos estágios. Importa referir, que tanto os objetivos que estabeleci como as atividades que me proponho a realizar foram elaborados numa perspectiva essencialmente teórica e, desse modo, podem estar sujeitas a alterações com o decorrer da prática, de acordo com as necessidades e circunstâncias com que me deparar, deixando em aberto todas as possibilidades de enriquecimento pessoal e profissional.

A elaboração deste trabalho foi de extrema importância pois contribuiu, para planear o percurso individual de aprendizagem a desenvolver no 3º semestre. Este projeto tem a particularidade de me “obrigar” a refletir sobre os meus objetivos, assim como de me ajudar a identificar pontos de aprendizagem, e o que necessito desenvolver para os atingir.

Com este projeto e através do desenvolvimento de conhecimentos e competências, espero conseguir mobilizar os conhecimentos adquiridos, nas várias unidades curriculares do mestrado, permitindo-me atuar neste terceiro semestre com competência humana, técnica e científica na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

As reuniões de orientação tutorial serviram para trazer luz a esse caminho, redefinir conceitos e direcionar o meu pensamento de forma objetiva, clara e eficaz. Foi deste seguimento que elaborei um projeto dirigido à pessoa. A temática veio ao encontro de expectativas formativas pessoais, mas espero que venha a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados a estas pessoas, no meu contexto profissional.

O presente projeto servirá também, de fio condutor para a realização do relatório de estágio, pelo que devo, novamente, salientar o carácter dinâmico e mutável do mesmo, podendo sofrer alterações mediante as experiências vividas durante os estágios e as necessidades sentidas no decorrer dos mesmos.

O futuro está cheio de desafios aos quais saberemos (enfermeiros) responder se nos consciencializarmos que o saber rapidamente fica obsoleto e para cuidar em enfermagem temos a obrigação de “aprender a aprender” ao longo da vida.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Antunes, R. (2009). *Enfermagem do Trabalho, Contributo do Enfermeiro para a Saúde no Trabalho*. Coimbra. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Association of Rehabilitation Nurses (2012). *The Rehabilitation Nurse Case Manager*. Acedido 22/05/2014. Disponível em: <http://www.rehabnurse.org/pubs/role/Role-Rehab-Nurse-Case-Manager.html>

Associação Portuguesa de Seguradores (2013). *Modelo de Intervenção e Acompanhamento das Pessoas Acidentadas com Alteração Grave na Funcionalidade*. Acedido 22/05/2014. Disponível em: [http://www.apseguradores.pt/CMS\\_BO/ResourceLink.aspx?ResourceId=214](http://www.apseguradores.pt/CMS_BO/ResourceLink.aspx?ResourceId=214)

Autoridade para as Condições do Trabalho (2013). *Acidentes de trabalho mortais objeto de inquérito pelos inspetores do trabalho*, Acedido 22/05/2014. Disponível em: <http://www.act.gov.pt/%28pt-PT%29/CentroInformacao/Estatistica/Paginas/default.aspx>

Barbier, J. (1993) *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto. Porto Editora.

Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito*. Coimbra. Quarteto Editora.

Collière, M. (1999) *Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. 3ª Edição. Lisboa. Lidel.

Castanheira, Fátima, et al (2003). *História da Enfermagem de Reabilitação*. *Ordem dos Enfermeiros*, nº.9, 12-13.

Cayotte, Elodie, Buchow, Hartmut (2009). *Who dies of what in Europe before the age of 65*. Eurostat. 67/2009, *Statistics in focus*. Acedido a 22/05/2014. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.eurostat.ec.europa.eu\(...\)](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.eurostat.ec.europa.eu(...)

Decreto-Lei nº 143/99 de 30 de Abril - Diário Da República – Série-1- A, Nº 101 de 30.04.1999, páginas 2323 a 2332. Acedido a 15/01/2014. Disponível em: <http://www.dre.pt/util/getpdf.asp?s=leg&serie=1&iddr=1999.101A&iddip=19991297>

Decreto-Lei nº 503/99 de 20 de Novembro - Diário da República – Série-1-A, Nº 271, de 20.11.1999, páginas 8241 a 8256. Acedido a 15/01/2014. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/.../0/DecLei50399de2011.pdf>

Direcção-Geral de Saúde (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - 4.10: Objetivos para o Sistema de Saúde – Obter Ganhos em Saúde. Acedido a 20/03/2014. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Direcção-Geral de Saúde (2009). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (2009-2016). Acedido a 18/02/2014. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2009/5/prevencao+acidentes.htm>

Fontes, R. (2013) A Realidade em Portugal. In: Fonseca, C. & Fontes, R. *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva - Os Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição*. Lisboa. Great Age Friends: Inovação e Desenvolvimento. 10-12.

Hesbeen, Walter (2003). *A reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures. Lusociência

Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A. & Major, F. (2002) *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona. Masson.

Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro. Aprova a revisão do Código do Trabalho. Diário da República, 1ª série, nº 30, 12.02.2009, Páginas 926 a 1029. Acedido a 15/03/2014. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2009/02/03000/0092601029.pdf>

Lei nº 7/95, de 25 de Março. Alteração, por ratificação, do Decreto-Lei n.º 26/94, de 1 de Fevereiro. Diário da República, série I-A, 25.03.1995. páginas 1710 a 1713. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1995/03/075A00/17101713.pdf>

Livneh, H. (1989). *Rehabilitation Intervention Strategies: their integration and classification*. *Journal of Rehabilitation*. vol. 55 (2). P.52-56

Oliveira, A; André, S. (2010). Enfermagem em Saúde Ocupacional. *Millenium*. 41 (7/12). P.115 - 122

Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Ordem dos Enfermeiros (2010a) *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 20/03/2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2010b) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 20/03/2014. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

Santos, M., Almeida, A. (2012). *Enfermagem na Equipa de Saúde Ocupacional*. Revista de Enfermagem de Referência. Nº 6. p.151-154.

Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2008) Acedido em 20/05/2014. Disponível em:

[http://www.sep.org.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1923&Itemid=192](http://www.sep.org.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1923&Itemid=192).

Soares, L., Wagner, L. (2012). *Reabilitação profissional: vivências de funcionários com limitações físicas e psicossociais em um hospital universitário*. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 10(2) 49-55

Tanaka, E., Manzini, E. (2005) - *O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência?* Revista Brasileira Educação Especial. 11 (2) 273-294. Acedido a 15/05/2014 em

[http://www.sep.org.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1923&Itemid=192](http://www.sep.org.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1923&Itemid=192).

União Geral dos Trabalhadores (2011). *Acidentes de trabalho – saiba como agir*. Acedido a 12/05/2014. Disponível em: [http://www.ugt.pt/Guia\\_Acidentes\\_Trabalho\\_SST.pdf](http://www.ugt.pt/Guia_Acidentes_Trabalho_SST.pdf)

União Geral dos Trabalhadores (2012). *Compilação de Dados Estatísticos sobre Sinistralidade Laboral e Doenças Profissionais em Portugal*. Acedido a 19/05/2014. Disponível em: [http://www.ugt.pt/SST\\_CompilacaoDadosEstatisticos\\_23\\_10\\_2012.pdf](http://www.ugt.pt/SST_CompilacaoDadosEstatisticos_23_10_2012.pdf)

## **APÊNDICE I – CRONOGRAMA**





## **APÊNDICE II – PROTOCOLO DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**



Foi feita uma pesquisa na base de dados CINAHL Plus with Full Text, através do motor de busca Ebsco-Host, em Março de 2015.

Para esta pesquisa foram estabelecidas como palavras-chave para o problema lesão cervical, para a intervenção Reabilitação.

Partindo de cada uma destas palavras-chave, em inglês por necessidade de utilização, foram validadas palavras-chave equivalentes através do Major Heading, ferramenta do motor de busca, e chegou-se às palavras-chave seguinte para pesquisa:

**Lesão cervical:** spinal cord injuries ; cervical vertebrae; paraplegia; quadriplegia; muscle spasticity; trauma.

**Reabilitação:** rehabilitation; nursing; nursing practice; nursing as a profession; nursing care; nurses; advanced nursing practice; nurse practitioners; clinical competence; specialist nurse; clinical nurse specialists.

Com o elemento de pesquisa “**ou**” (OR) aplicado às palavras-chave associadas ao problema lesão cervical foram identificados 69669 artigos, e aplicado às palavras-chave associada à intervenção reabilitação foram identificados 836925 artigos.

O passo seguinte foi conjugar as palavras-chave que constituíam os dois elementos da questão, problema e intervenção, com o elemento de pesquisa “**e**” (AND) tendo resultado num total de 1773 artigos em texto integral disponível (*Full Text*).

A estes 1773 artigos foi aplicado um limitador temporal de 5 anos, e limitadores de qualidade: referências e resumos avaliados e validados (References Available; Abstract Available), dando origem a 1512.


Após este processo foram lidos títulos os 1512, no caso de dúvida foi lido o resumo, o permitindo excluir os que não estivessem directamente relacionados com a problemática, e eliminando os repetidos foram excluídos um total de 1 480 artigos.

Os 32 artigos restantes foram lidos na íntegra e desses seleccionados 27 artigos.



**APÊNDICE III – JORNAL DE APRENDIZAGEM I “PROCESSO DE  
TRANSIÇÃO”**



 <p><b>5º Curso de Mestrado em Enfermagem</b></p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Reabilitação</i></p>	<p>Hospital Curry Cabral</p> <p>Serviço de Medicina Física e Reabilitação</p>
	<p>Estudante – João Alves</p> <p>Docente – Vanda Marques Pinto</p>
	<p><b>Jornal de Aprendizagem I</b></p> <p><b>“Processo de transição”</b></p>

A rutura existencial imposta pela experiência de uma lesão neurológica obriga a um processo de reconfiguração pessoal e, conseqüentemente, a alterações significativas a nível identitário. Este processo de reconstrução identitária abarca diferentes dimensões, incluindo aspetos corporais, psicossociais e culturais.

A vida das pessoas com incapacidade adquirida tem sido dominada pelo discurso biomédico, cuja influência neste processo de reconfiguração identitária é inegável. No caso das pessoas com lesão vertebro medular, tal influência é ainda mais marcante tendo em conta as recorrentes complicações de saúde que reposicionam a pessoa com lesão vertebro medular ciclicamente na posição de paciente.

Após esta pequena introdução remeto-me para uma das muitas idas ao espaço de convívio da enfermaria de Medicina Física e Reabilitação, o refeitório, local de reunião onde me sento em conversas com as pessoas internadas na enfermaria. Pessoas com diferentes patologias e como tal com diferentes incapacidades adquiridas de forma abrupta. Aproveitando o momento em que me encontrava a apresentar o serviço a uma utente recém entrada e sua respetiva socialização resolvi apresentar ao grupo a senhora G. (numa cadeira de rodas face a sua paraparésia e com o diagnóstico de mielite infecciosa). Na mesma sala encontravam-se:

- Senhor A. (# de L1 com compromisso medular);

- Senhor B. (Toxoplasmose cerebral com hemiparesia direita);
- Senhora C. (AVC com hemiparesia esquerda);
- Senhor D. (# de C5 com tetraparésia).

*“...bem vinda Dona G., o que teve foi uma trombose? Não...caiu não foi...são as costas?” (B)*

*“...sim é na coluna, mas não caí, é uma infeção, agora estou aqui para me ajudarem a sair da cadeira de rodas...” (G)*

*“Pois é...não é fácil você saber que fazia tudo...e de repente...” (D)*

*“...uma vida normal...não podemos ir abaixo...não, não...” (A)*

*“...quando entrei sentia-me um inútil...aqui vai aprender muita coisa boa...olhe eu nem sabia o que era um paraplégico...”(A)*

O percurso terapêutico das pessoas com uma lesão neurológica passa, como seria de esperar, por várias fases. Inicia-se ainda no local do acidente através de uma intervenção dos serviços de socorro. Esta fase inicial de socorro segue-se uma segunda fase de internamento hospitalar. De forma esquemática, após o acidente a pessoa com lesão neurológica geralmente passa pelo Hospital Distrital da zona onde são prestados os primeiros cuidados. Após confirmação da lesão neurológica, o utente é transferido para um hospital que disponha de urgências polivalentes dotadas de serviço de neuro traumatologia, a fim de uma abordagem especializada. Após o período de recuperação e estabilização fisiológica, as pessoas são transferidas para outras unidades (como os hospitais distritais ou unidades de cuidados continuados, mais raramente para casa) onde aguardam vaga para um centro de reabilitação médica inicial.

O processo terapêutico tem várias fases como acima descrevi, aproveitando-me da posição de moderador questionei quais os momentos marcantes até à presente data do seu internamento, as respostas foram várias, divido-as em 3 momentos:

- O mecanismo de lesão e correspondente internamento hospitalar;
- O levante, estando associada a cadeira de rodas;
- O 1º fim de semana fora da instituição hospitalar.

“...acordei e abri os olhos, a primeira reação foi onde estão as minhas pernas, não as mexia, meu Deus e agora...” (A)

“...não mexer as pernas é um choque, além de não as mexer não as sentia...porquê? O que está a acontecer? O enfermeiro dizia calma, cuidado, não se mexa...vamos fazer exames...” (A)

“...paralítico...paraplégico? Eu nem sabia o que era isso...” (D)

Nesta primeira fase (internamento hospitalar), são muitos os desafios que têm que enfrentar: o confronto com o diagnóstico, ou com a sua falta, a itinerância entre instituições hospitalares, as intervenções médicas, a reação dos familiares...

“...eu e a cadeira de rodas, um só meu Deus que imagem...não é fácil...” (A)

“...quando saí da cama...foi uma alegria enorme...” (C)

“...faz parte de todo o nosso dia a dia, não é normal, pelo menos até essa data não era, depois habituamo-nos...que remédio...” (B)

“...com a cadeira de rodas ainda nos movimentamos, queremos ir para a esquerda vamos para a esquerda, queremos ir para a direita vamos para a direita...a cabeça está boa...” (D)

“...temos de nos mentalizar que é assim...afinal pensamos...já dizia o outro penso logo existo...” (A)

Eis o segundo momento relatado como chave, o levante e/ou passagem para a cadeira de rodas. Este momento constitui um primeiro marco na tomada de consciência sobre a possível permanência nesta nova condição e a ideia de dependência que lhe está associada.

“...o meu primeiro fim de semana em casa foi horrível, fui na 6ª feira à tarde, no final do dia já queria voltar para o hospital...” (A)

“...os familiares, os amigos, os vizinhos...a cara deles...coitado...e agora...como vai ser...” (D)

“...aqui temos tudo, cheguei a casa senti-me impotente, parece que não sabia fazer nada, até a mobília me chateava...” (A)

O terceiro momento: a primeira visita a casa, após um período de vários meses de ausência. A importância deste momento em todo o processo advém de dois fatores principais: o reencontro com a vida antes da lesão e a consciencialização das barreiras físicas, psicossociais e culturais que se lhes colocam.

Assim, o processo de reconfiguração identitária das pessoas com incapacidade tendem a ser dominados, por um lado, pelas consequências físicas da lesão, nomeadamente a paralisia dos membros e a consequente perda de mobilidade e funcionalidade manipulativa e, por outro, pela centralidade do corpo. A consciência dos impactos da lesão combinada com as experiências de reabilitação obriga a pessoa a uma tomada de consciência sobre partes do corpo ou funções que até àquele momento passavam despercebidas.

O *conceito de transição* de Meleis pode ajudar os enfermeiros, a contextualizar o processo de mudança que sofre a pessoa. Transição é definida como a “passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro...transição refere-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interações pessoa -

ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está embutida no contexto e na situação.”

A palavra transição deriva do latim *transitióne*, que significa o ato ou o efeito de passar de um estado, assunto ou lugar para outro. Na literatura a expressão transição é utilizada frequentemente para descrever um processo de mudança nos estados de desenvolvimento de vida, nas alterações circunstanciais de saúde e sociais, ao invés das respostas da pessoa à mudança. Bridges (2004), enfatiza que a transição não significa apenas a mudança, tendo implícito um processo psicológico que envolve a adaptação à mudança face aos eventos perturbadores, ou seja, a transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e autodefinição do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida.

De acordo com Meleis (2011), a pessoa deve ser perspectivada como um indivíduo com necessidades próprias que se encontra em constante interação com o meio ambiente e com capacidade para se adaptar a essas mudanças, mas que devido a uma situação de doença, de risco de doença ou mesmo de vulnerabilidade, experimenta ou pode vir a experimentar um desequilíbrio.

Deste modo, a mesma autora, diz que o conceito de transição abrange simultaneamente a continuidade e descontinuidade dos processos de vida. A transição saúde/doença vivenciada pela pessoa, no momento de passagem de uma condição para outra, conduz a alterações que afetam a qualidade de vida. Os enfermeiros, desempenham assim, um papel importante na gestão da doença crónica, na manutenção da adaptação do doente e na criação de estratégias de readaptação, sendo um importante recurso mobilizador, facilitador e estimulador para a promoção da saúde. O enfermeiro deve desenvolver a sua prática, baseada na teoria, de forma a ajudar a pessoa a vivenciar o processo de transição da melhor forma possível. O foco de atenção de enfermagem não deve ser só o conhecimento sobre a doença e a sintomatologia, mas também, a adaptação da pessoa à nova realidade e, a promoção de estratégias para o encontro de uma identidade saudável (Forsberg, Backman & Moller , 2000).

“A Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado” (Serrano, Costa, & Costa, 2011, p. 16).

Ao longo do ciclo vital são vários os processos de transição que implicam a adaptação do indivíduo a uma nova condição. Bridge(2004) refere que a transição não é um acontecimento mas sim uma reorientação interior e auto redefinição, ocorrendo quando a realidade atual da pessoa é interrompida, obrigando-a a mudar, opcional ou forçosamente, o que resulta na necessidade de construir uma nova realidade. Tendo em conta a teoria das transições, no que concerne à natureza da transição considera-se que, a pessoa a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença, uma vez que esta situação inclui uma mudança súbita, em que a pessoa se move de um estado de saúde para o estado de doença aguda, com um conjunto de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Relativamente à preparação e conhecimento, a informação deve ser concedida de acordo com as carências da pessoa, sendo que os profissionais de saúde devem ser realistas, considerando as capacidades das pessoas, de modo a acautelar problemas potenciais e facilitando um ambiente favorável. Meleis et al. (2000) consideram que a preparação anterior facilita o processo de transição, além de que o conhecimento do que é expectável durante a transição e as estratégias de gestão da transição também são facilitadoras. O Enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação às limitações provocadas pela doença e tratamento, sendo encarado como um recurso comunitário para facilitar o processo de transição pessoal do indivíduo.

O cuidar é entendido atualmente como a essência da intervenção dos enfermeiros. Meleis & Trangenstein (1994) consideram que a intervenção do enfermeiro deve permitir um processo facilitador da transição promovendo o bem-estar, sendo que os cuidados de enfermagem deverão estar direcionados para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, quando se verificam alterações na pessoa que estão coincidentes com um processo de transição. A

enfermagem, ao realizar o cuidado baseado no modelo de transição estaria contribuindo para aumentar as possibilidades de ajuda ao indivíduo, não enfocando apenas a cura. O importante é fornecer suporte a uma pessoa em transição, auxiliando-a a proteger e a manter a sua saúde para o futuro. O cuidado com este enfoque acrescenta ao que é já realizado, revitalizando o ensino, a assistência, a pesquisa em benefício da pessoa, razão do ser da profissão. O cuidado transicional traz resposta à valorização do ser uma vez que é sujeito da ação do cuidado, não se limita a funções papéis ou tarefas. O cuidado está ligado de alguma forma a cada estágio de desenvolvimento, favorece a maturidade, o consciente em busca de maior equilíbrio e estabilidade.

O cuidado transicional não é algo definível, palpável, visível, não é algo que possa se reduzir a uma simples definição mas surge da consciencialização do enfermeiro ao clarificar a compreensão da pessoa enquanto vivencia o processo transicional. A transição permeia todos os momentos da vida, particularizando a situação vivenciada nas suas possibilidades interferindo de forma significativa no tratamento e recuperação pessoa.

O processo de transição pode estar relacionado com eventos críticos (Meleis et al.,2000). As intervenções devem ser dirigidas aos processos educacionais e apoio psicossocial, à pessoa e família, com vista ao bem-estar e qualidade de vida da pessoa. Isto implica que o profissional de saúde tenha uma visão ampla, conhecimento e experiência que permitam reconhecer todo o meio envolvente e ser um facilitador do processo de transição saúde/doença (Carvalho & Cristão, 2012).

O enfermeiro lida diariamente com pessoas que experimentam transições, assim, a missão de enfermagem deve consistir em facilitar os diferentes processos de transição que a pessoa experimenta. Os enfermeiros preparam (...) os clientes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença (Meleis et al., 2000). É então fundamental, que os enfermeiros sejam elementos facilitadores ao longo de todo o processo e, portanto, que tenham em consideração todas as dimensões intrínsecas e extrínsecas do indivíduo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bridges, W. (2004). *Transitions: Making Sense of Life's Changes* (2a ed., p. 194). Cambridge: Da Capo Press.

Forsberg, A., Bäckman, L., & Möller, A. (2000). Experiencing liver transplantation: a phenomenological approach. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 327–334. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01480.x

Meleis, A. I.; Trangenstein, P. (1994) – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9f17c380-e359-4af5-b287-09e2fcfe2b41@sessionmgr4003&vid=2&hid=4209>


Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5a ed., pp. 1 – 688). London: Lippincott Williams & Wilkins.

Muehrer, R. J., & Becker, B. N. (2005). Life After Transplantation: New Transitions in Quality of Life and Psychological Distress. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 124–131. doi:10.1111/j.1525-139X.2005.18214.x

Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem : como desenvolver a(s) competência(s). *Revista Enfermagem Referência*, III(3), 15–23.

**APÊNDICE IV – JORNAL DE APRENDIZAGEM II “A FASE AGUDA  
NUMA UNIDADE HOSPITALAR”**



 <p><b>5º Curso de Mestrado em Enfermagem</b></p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Reabilitação</i></p>	<p>Hospital São José</p> <p>Unidade Vertebro Medular</p>
	<p>Estudante – João Alves</p> <p>Docente – Vanda Marques Pinto</p>
	<p><b>Jornal de Aprendizagem II</b></p> <p><b>“A fase aguda numa Unidade Hospitalar”</b></p>

Eis que a pessoa após uma curta passagem pelo serviço de urgência está em condições de ser transferida para uma Unidade / Serviço, onde uma equipa multidisciplinar o aguarda e irá prestar os cuidados inerentes às suas necessidades.

A pessoa que sofreu uma lesão vertebro medular experimenta uma mudança súbita na sua vida, com implicações a nível físico, psíquico e social que vão interferir com a saúde da pessoa, os seus sentimentos de bem-estar, as atividades e relações familiares e sociais.

Podemos referir alguns aspetos mais “marcantes” como numa unidade de cuidados intensivos lidar com um doente sedado mas ainda assim consciente; na enfermaria como gerir a verdade sobre o seu prognóstico, como ajudar a pessoa no seu processo de adaptação emocional, como ajudá-lo a ser autónomo e prepará-lo para a alta, como lidar com a adaptação da família e como gerir os ensinamentos para a alta.

O *conceito de transição* de Meleis pode ajudar os enfermeiros, a contextualizar o processo de mudança que sofre o indivíduo com lesão vertebro medular. MELEIS e TRANGENSTEIN (1994), definem Enfermagem como consistindo “na facilitação dos processos de transição, no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem-estar”. Estas autoras definem transição como a “passagem de uma fase da vida,

condição ou estado para outro...transição refere-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interações pessoa - ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está embutida no contexto e na situação.” Referem que a transição implica uma mudança no estado de saúde, nos papéis sociais, nas expectativas, nas capacidades. Exige da pessoa aquisição de novos conhecimentos e alteração de comportamentos o que vai implicar mudar o seu eu no contexto social.

Encontrando-me neste momento numa unidade hospitalar pós urgência, estamos na chamada *fase aguda*, a tónica que é geralmente colocada de início, é a compensação fisiológica do indivíduo. Seja sujeito a um tratamento cirúrgico ou conservador este provoca dor ou desconforto. Este novo contexto, o do internamento hospitalar, como refere SCAMBLER (1991:72), apesar “de ser uma rotina para o pessoal hospitalar, ele constitui um acontecimento major na vida das pessoas e é frequentemente fonte considerável de ansiedade e stress”.

Implica também um afastamento da família numa altura em que dela mais se necessita. Podemos por isso esperar os problemas múltiplos da pessoa que sofre uma doença aguda referidos por PHANEUF (2002:395) que vão desde o “medo do sofrimento - e mesmo da morte - até ao stress intenso causado pelos inconvenientes devidos aos tratamentos invasivos, e às dificuldades resultantes do abaixamento do estado de consciência e da capacidade de comunicar”.

PHANEUF (2002) refere que a pessoa imobilizada por paralisia, ao consciencializar-se do seu estado sente um corte na sua vida, como se deixasse de existir futuro e passasse a haver só passado. A pessoa que sofreu uma lesão vertebro medular, como refere HENRIQUES (2004), começa a confrontar-se com um corpo que já não dá resposta como habitualmente aos estímulos internos e externos e necessita que lhe esclareçam essa situação presente e que lhe perspetivem o futuro. O estigma da incapacidade pode começar a aflorar na sua mente, ficando de início muito dependentes para a realização das suas necessidades mais básicas (higiene, vestir-se, alimentar-se, eliminação e mobilidade). Além dos cuidados físicos, esta pessoa tem necessidade, segundo PHANEUF (2002), que a enfermeira a ajude a aceitar a situação, a adaptar-se e a reencontrar algum equilíbrio emocional que torne a vida mais suportável. Segundo a autora podem-se esperar nesta situação de imobilização, problemas como a ansiedade, a dependência, a

perturbação da imagem e da autoestima, a negligência perceptual, o sentimento de impotência, a modificação das relações com os próximos, o luto das suas atividades, a modificação dos seus hábitos de vida e o medo do futuro.

Os *mecanismos de adaptação e defesa* são referidos por PHANEUF (2002) como tendo na sua base “uma situação difícil, à qual a pessoa tem dificuldade em se adaptar por causa da ansiedade e das emoções vivas que ela suscita...” Descreve um grande número deles. Uns favorecem a adaptação, outros agem mais como um escudo contra a ansiedade, a perda de autoestima e o sofrimento. Alguns são nocivos ou ineficazes. Os mecanismos com função adaptativa podem ajudar a pessoa a voltar-se para um processo ativo de resolução de problemas. Já nos mecanismos defensivos, segundo PHANEUF (2002), “a pessoa procura inconscientemente, por diversos meios, negar, esconder, bloquear ou atribuir aos outros as suas pulsões inaceitáveis ou as emoções muito fortes ou muito desagradáveis que sente”. Para poder ajudar a pessoa há que avaliar estes mecanismos e se estão a ter em cada momento uma função adaptativa positiva ou não.

SOMERS (2001) considera que as perdas associadas à lesão são de uma magnitude semelhante à da perda dum ser amado (situação de luto). A pessoa com lesão vertebro medular causa uma série de perdas às quais o doente se tem de adaptar: físicas, funcionais, sociais, financeiras, na identidade pessoal e na própria visão do mundo. PHANEUF (2002) fala das inúmeras atividades e hábitos de vida que um doente com paralisia sente alterados ou mesmo abolidos. São exemplos, as atividades desportivas, laborais, sociais e sexuais. Jogam aqui um papel importante, não só as dificuldades de mobilização, mas também a perceção negativa que a pessoa tem de si e os preconceitos da sociedade. Isto exige uma sólida capacidade de adaptação. Segundo SOMERS (2001), cada doente adapta-se, não de uma maneira previsível, como preconizava a teoria dos estádios, mas fazendo o luto dessas perdas à sua maneira e ao seu ritmo. De acordo com as pesquisas da referida autora, os fatores que influenciam a adaptação vão desde as características pessoais como a personalidade, a saúde mental prévia, as experiências anteriores de perda, a idade; até ao suporte proporcionado pelos familiares, amigos e profissionais de saúde, a situação financeira, educação e acessibilidade aos

transportes. Contrariamente ao que se esperaria, o nível da lesão não é um fator significativo, um tetraplégico pode adaptar-se de forma tão bem sucedida como um paraplégico. O luto é um processo normal e saudável através do qual a pessoa se adapta a uma perda significativa. Não se trata de um processo linear com uma série de estádios que se sucedem, mas sim comporta uma larga e variada gama de emoções e comportamentos que podem alternar e alterar rapidamente o humor do indivíduo. A função do luto é a de deixar para trás o que se perdeu e formular uma nova vida sem isso. A primeira sensação pode ser a de perda total e de vida destruída. O luto vai permitir fazer uma triagem do que realmente se perdeu e do que ainda resta. A perda da auto imagem anterior leva a uma resposta no sentido de forjar uma nova identidade e um novo estilo de vida, com novos objetivos e novas fontes de satisfação. Ao criar uma nova existência ao invés de se fixar na anterior a pessoa pode sentir-se bem consigo e com a sua vida.

O enfermeiro que cuida estes doentes está perante uma pessoa muito dependente que requiere cuidados técnico-instrumentais muito específicos assim como cuidados de reabilitação mas que, em simultâneo, se está a debater com um processo de adaptação a uma nova, complexa e dolorosa realidade na sua vida. O profissional de enfermagem tem assim de estar preparado, não só com habilidades técnico-instrumentais específicas mas, também, com competências relacionais para lidar com as manifestações do processo de adaptação do doente e ajudá-lo a aliviar o sofrimento e a ultrapassar de forma positiva a situação.

COLLIÈRE (1999) fala da corrente ligada à tecnicidade e centrada na doença, consequência das numerosas descobertas científicas dos finais do século XIX, que ao proporcionarem à medicina novas tecnologias de precisão, a fizeram afastar-se do doente enquanto pessoa para se dedicar ao diagnóstico e tratamento do seu corpo. A enfermagem que até aí era tributária dos valores morais e religiosos vai, aos poucos, adoptando o modelo biomédico, com valorização da tecnicidade. O centro continua a ser o doente, mas enquanto portador de doença e é em torno desta que se organizam as técnicas e tarefas com vista à sua reparação. Mais tarde e progressivamente, o papel relacional terapêutico do enfermeiro, destacando-se as de Watson, Orem e Parse. Com WATSON (2002), emerge o cuidar-curar transpessoal, um modelo reconstruído de enfermagem para além do pós-moderno

que se baseia mais numa estrutura quântica que na ciência convencional. Este modelo requer que o enfermeiro “esteja com o outro na sua jornada de saúde, doença, cura” (WATSON, 2002:174). “O ênfase está na relação, no estar com, na constância e continuidade. Conceitos que são fundamentais para uma ontologia de cuidar e de consciência, apesar da natureza da doença, das necessidades de cuidados, ou das exigências tecnológicas que o cuidar requer” (WATSON, 2002:179). A formação avançada (mestrados e doutoramentos), procurada inicialmente pelos docentes das escolas, contribuiu para o entendimento da importância desta vertente, como competência, na formação inicial. Atualmente os enfermeiros já saem das escolas com formação específica na área e até com algum treino de atitudes.

A relação numa enfermagem terapêutica, MCMAHON (1991:22) consideram a enfermagem terapêutica aquela em que as enfermeiras usam a sua criatividade para intervir positivamente ao ajudarem o doente na sua busca de saúde. MCMAHON (1991:6-12) chama a atenção sobre a importância que o conceito de holismo passou a ter para uma enfermagem terapêutica, ao considerar que corpo e mente estão intrinsecamente ligados, influenciando-se mutuamente. Este conceito está subjacente a todos os modelos de enfermagem actuais. O autor, baseado neste conceito, descreve as actividades consideradas terapêuticas na enfermagem, sendo a primeira precisamente o Desenvolvimento da Relação Enfermeiro-Doente. Acerca da área da relação enfermeiro-doente o autor destaca o modelo de Muetzel (1989) que inclui 3 conceitos: parceria, intimidade e reciprocidade. MCMAHON (1991:5) destaca a relação enfermeiro doente nas 4 áreas em que considera terapêutica a enfermagem. As outras três são as intervenções convencionais (tratamentos físicos), as intervenções não convencionais (baseadas no holismo e terapias complementares) e o ensino ao doente.

RILEY (2004) enuncia e desenvolve os ingredientes básicos da relação enfermeiro-doente e enfermeiro - família: Calor humano, respeito, autenticidade, empatia, auto-exposição, especificidade, fazer perguntas, expressar opiniões, humor e espiritualidade. Segundo RILEY (2004), a relação de ajuda distingue-se das relações de carácter social, no sentido em que é estabelecida em benefício do cliente, enquanto as relações entre familiares e amigos visam uma satisfação mútua

de necessidades. “ Em particular, a relação cliente/enfermeiro visa ajudar o doente a alcançar e manter um nível óptimo de saúde” (RILEY, 2004:26). Existe “confiança mútua e responsabilidade em assistir os outros que caracteriza a verdadeira relação profissional” (RILEY, 2004:26).

A relação enfermeiro - doente e a humanização dos cuidados PHANEUF (2002:322) fala da relação como um encontro significativo com o outro. Para que tal aconteça determinadas condições têm de ser satisfeitas. Implica quase uma partilha em que estão presentes uma comunicação profunda virada para um objectivo, vontade de evolução, o reconhecimento e respeito pelo outro como ser humano igual.

Travelbee (1971) citado por ERSSER (1991) distingue interacção enfermeiro doente de relação enfermeiro-doente. A primeira relaciona-se com qualquer contacto entre a enfermeira e uma pessoa doente, enquanto a segunda se refere a uma experiência ou série de experiências que são mutuamente significativas.

A mudança súbita no estado de saúde, que se torna geralmente permanente, com instalação de um quadro de paraplegia ou tetraplegia. Os papéis sociais podem sofrer profundas alterações pela incapacidade, pelo menos temporária, em o indivíduo os desempenhar. As expectativas que a pessoa tinha para a sua vida terão de ser reformuladas de acordo com a nova situação. As capacidades motoras e consequentemente a realização das actividades de vida diária ficam afectadas. A pessoa tem de adquirir, durante o processo de reabilitação, novos conhecimentos, comportamentos e habilidades que lhe dêem competências para se readaptar de forma o mais independente possível à vida diária. O objectivo é continuar, sempre que possível, a fazer o que se fazia antes mas de outra maneira. Todo este longo processo exige a mobilização de recursos psicológicos por parte do indivíduo que lhe permitam ajustar-se o melhor possível à situação incluindo mudanças no próprio eu.

MELEIS e TRANGENSTEIN (1994) referem que o processo de transição em geral comporta três fases: entrada, passagem e saída. Na lesão vertebro medular a fase de entrada começa na altura do acidente com o internamento em hospital de agudos. A fase de passagem é todo o processo de reabilitação a que é sujeito para

se readaptar à vida familiar e socioprofissional. E a fase de saída, supostamente, dar-se-ia com a reinserção do indivíduo na comunidade. A transição implica uma abordagem longitudinal e multidimensional dos processos nela implicada. Ou seja envolve factores situacionais (como seja o contexto dos serviços de saúde), pessoais (como a personalidade, as experiências anteriores) e do próprio estado de saúde, ao longo do tempo, o que a diferencia das mudanças que tendem a ser breves e autolimitadas no tempo (como p. ex. uma doença aguda passageira). Por isso o sucesso de transição numa fase contribui para o sucesso da seguinte. O processo de adaptação tem de ser visto de forma diferenciada ao longo das várias fases atrás referidas. Em cada uma delas os factores situacionais (como seja o contexto dos serviços de saúde) e o próprio estado de saúde do indivíduo vão-se alterando. Até os factores pessoais, sendo na sua maioria estáveis (como a personalidade), podem ter sofrido alterações com as experiências, nomeadamente relacionais pelas quais o indivíduo passou. MELEIS e TRANGENSTEIN (1994) propõem o conceito de transição como um conceito major no domínio da Enfermagem, independente e integrador das teorias e modelos existentes. A missão da Enfermagem seria a de facilitar os processos de transição, através do cuidar, procurando atingir como resultado a saúde e o bem-estar subjectivo, prevenindo assim uma transição pouco saudável. A enfermagem poderá assim contribuir para uma transição bem-sucedida.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa, Lidel Edições Técnicas

ERSSER, Steven (1991). Therapeutic nursing: theory, issues and practice in *Nursing as Therapy*. McMahon, R. e Pearson, A. (Org.). 1ªEd., Suffolk, Chapman & Hall.

HENRIQUES, Fernando (2004). Paraplegia. Percursos de Adaptação e Qualidade de Vida. Coimbra, Formasau

MCMAHON, R. (1991). Therapeutic nursing: theory, issues and practice in *Nursing as Therapy*. McMahon, R. e Pearson, A. (Org.). 1ªEd., Suffolk, Chapman & Hall.

MELEIS, A.I.; Trangenstein, P.A.(1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission in *Nursing Outlook*, vol.42 (6) Nov/Dez. P.255-259

PHANEUF, Margot (2002). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures, Lusociência.

RILEY, J.B. (2004). Comunicação em Enfermagem. Loures, Lusociência

SCAMBLER, Graham (1991). *Sociology as Applied to Medicine*. London, W. B. Saunders Company Ltd.

SOMERS, Martha F. (2001). *Spinal Cord Injury, Functional Rehabilitation*. New Jersey, Prentice-Hall Inc.

WATSON, Jean (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura, um novo paradigma da enfermagem*. Loures, Lusociência.

**APÊNDICE V – JORNAL DE APRENDIZAGEM III “REABILITAÇÃO  
NA COMUNIDADE”**



 <p><b>5º Curso de Mestrado em Enfermagem</b></p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Reabilitação</i></p>	<p>Centro saúde do Olival - Cacem</p> <p>UCC Cacem Care</p>
	<p>Estudante – João Alves</p> <p>Docente – Vanda Marques Pinto</p>
	<p><b>Jornal de Aprendizagem III</b></p> <p><b>Reabilitação na Comunidade</b></p>

Atualmente, para que a pessoa seja detentora de uma saúde física e mental necessita de inúmeros atributos: independência, interatividade com os outros, afetividade e outros componentes psicossociais que reintegrem a pessoa ao convívio a vários níveis: social, familiar, profissional e emocional. No entanto após incapacidade adquirida face a uma lesão neurológica, há uma redução desses atributos, havendo uma necessidade de reaprendizagem das atividades de vida diária, funções orofaríngeas, comunicação, linguagem e cognição, tornando-se necessária a implementação de ações que proporcionem a estas pessoas, o melhor grau de independência possível, minimizando as suas limitações e ampliando suas capacidades através dos ganhos psicossociais e funcionais. (Alves, Guimarães e Peralles, 2009) A família é considerada como a fonte mais habitual de assistência nos cuidados, e a procura da institucionalização dá-se apenas quando a própria família não consegue ter capacidade e recursos de apoio. Desta forma, há que ter em conta que muitos dos cuidadores são pessoas idosas, por vezes também elas próprias doentes, e que por seu lado não conseguem dar resposta às demandas da prestação de cuidados até porque quanto mais incapacitado estiver o doente, maior a exigência física e emocional do cuidador. Por outro lado, se se considerarem os filhos como cuidadores, muitos deles trabalham longo do domicílio do doente e/ou têm filhos, não conseguindo também dar assistência aos progenitores. (Perlini e Faro, 2005)

A reabilitação é da responsabilidade de toda a equipa de saúde, no entanto, Henderson (1980 *cit in* Williams e Pryor, 2010) considera os enfermeiros como reabilitadores por excelência. Num cenário de reabilitação especializada, o contributo da enfermagem é fulcral na otimização do prognóstico do doente. O ensino é um fator significativo não apenas para o doente como também para a família que vai lidar com este, ajustando-o à nova situação.

Meleis (2012) refere que a Enfermagem é considerada uma resposta humana de ajuda e conforto à prática de cuidados e relaciona-se com experiências de vida entre o enfermeiro e a pessoa que recebe os cuidados. Também para Meleis, Sawyer, Messias e Shumacher (2000), o enfermeiro é o prestador de cuidados primários da pessoa e sua família que estão a atravessar um processo de transição. Os enfermeiros assistem às mudanças e exigências que as transições trazem à vida dos clientes e suas famílias, preparam os clientes para as transições iminentes e facilitam o processo de aprendizagem de novos conhecimentos relacionados com as experiências de saúde-doença dos clientes e suas famílias. Neste contexto, o processo de transição do doente com uma incapacidade adquirida destina-se a ser conduzido para que o mesmo readquira a independência funcional e recupere a saúde possível.

A Ordem dos Enfermeiros (2011), através da criação do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, garantiu um enquadramento regulador para a certificação de competências que integra no seu perfil de competências clínicas especializadas o conjunto das competências específicas e comuns. O enfermeiro de reabilitação deve promover a autonomia da pessoa nas suas próprias escolhas, orientando-a e fornecendo recursos que lhe permitam encontrar o seu caminho, perseguindo o seu projeto de vida. “O projeto de vida da pessoa implica que não se pense por ela, portanto, que não se confunda o desejo de quem recebe cuidados e o desejo de quem os presta” (Hesbeen, 2003). Esta forma de estar do enfermeiro implica “um espírito profundo e genuinamente humano, que demonstre preocupação no respeito pelo outro” (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012).

A equipa na comunidade, o cuidador e a pessoa devem estar envolvidos e tomar uma decisão partilhada sobre os objetivos do programa de reabilitação, o

apoio psicológico profissional ao doente e família deve ser assegurado desde o início, pois a sua nova situação é um fator desencadeante de grande ansiedade e instabilidade para a família, com precipitação de quadros depressivos que prejudicam a evolução e os resultados dos objetivos propostos (Direcção-Geral da Saúde, 2010). Este programa deve ser implementado precocemente. A fase inicial do tratamento envolve a prevenção de novos episódios e de complicações, mas também incentivar a recuperação das atividades de autocuidado, e fornecer apoio emocional ao doente e família. A reabilitação é um processo contínuo de aquisição, manutenção e aperfeiçoamento de capacidades e que poderá envolver os esforços coordenados de diferentes profissionais de reabilitação, com intervenção na comunidade, no retorno do doente a um estilo de vida ativo (Gresham *et al.*, 1997; Duncan *et al.*, 2005).

Na atualidade, entende-se que o meio familiar e a própria comunidade representam para o doente o melhor enquadramento para a vivência do processo de reabilitação, pelo que, segundo Martins, Ribeiro e Garrett (2003), a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de situações de crise merecem especial atenção por parte dos profissionais de saúde, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade. Neste sentido, é imprescindível criar redes de apoio que proporcionem às famílias recursos materiais e humanos, durante períodos de tempo alargados e de forma regular, de modo a responder efetivamente às necessidades das famílias neste processo, enquanto os recursos de saúde terão que ser cada vez melhor geridos e controlados (Cardoso, 2011).

O apoio domiciliário é, assim, um desafio para o enfermeiro de reabilitação que torna “possível à pessoa que recebe cuidados e à que os presta, caminharem juntas, fazerem determinado percurso comum”, percorrendo o caminho da pessoa doente e não o do profissional que presta cuidados (Hesbeen, 2003). Martins (2002) fortalece esta ideia afirmando que o profissional de saúde não é o único detentor do saber, mas somente o facilitador a quem compete criar as condições e possibilitar os meios para as famílias poderem utilizar as suas habilidades e adquirir novas competências, tornando-se autónomas e consolidando a sua dinâmica familiar.

As ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados) integram na sua estrutura Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que prestam cuidados de reabilitação domiciliários. São objetivos das ECCI:

- Adequar a prestação de cuidados às necessidades específicas dos utentes dependentes e sua família nas perspetivas da saúde, social, promovendo a manutenção da pessoa no seu meio habitual de vida;
- Implementar o plano de intervenção integrada, como metodologia de trabalho, envolvendo a pessoa/família/cuidador, tendo como enfoque a promoção do auto cuidado, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida do utente;
- Garantir formação e acompanhamento dos cuidadores formais e informais, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pessoa/família através do apoio/formação aos técnicos de saúde e cuidadores formais (ACES Sintra,2013).

Ao iniciar o meu estágio na comunidade integrado numa ECCI, constatei que o meu afastamento dos cuidados em comunidade condicionou grandemente o meu conhecimento sobre a organização dos mesmos. As siglas que me eram apresentadas UCC (Unidade de Cuidados Continuados), ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), ... etc. eram-me completamente estranhas. Com o objetivo de colmatar esta falta de conhecimentos, questionei, investiguei, realizei pesquisa adicional.

Porque será, que eu, como enfermeiro prestador de “cuidados hospitalares” não estarei familiarizado com estas siglas de “cuidados comunitários”? Não serão os mesmos doentes? Os doentes dos cuidados hospitalares são os mesmos que são “devolvidos” à comunidade no fim do seu internamento. Senti que realmente necessitava de conhecer melhor a organização dos cuidados ao nível da comunidade. O enfermeiro especialista intervém como consultor e por esta razão tem de estar atualizado e preparado para fornecer informações adequadas à pessoa/família/cuidador que estão aos seus cuidados.

A RNCCI vem dar resposta a uma sociedade progressivamente mais envelhecida numa altura em que a mulher (cuidadora tradicional) já não está no domicílio para cuidar dos idosos. A informação deveria ser mais divulgada entre os profissionais de saúde no hospital. Neste ponto, as equipas hospitalares associadas à Rede poderiam ter um papel mais dinâmico em divulgar esta informação. Também os enfermeiros em contexto hospitalar deveriam aceder mais frequentemente a informação sobre os recursos comunitários existentes para poderem prestar cuidados globais e com continuidade na comunidade. A maior parte dos enfermeiros em contexto hospitalar não tem acesso à plataforma de dados de saúde dos doentes pelo que desconhecem os antecedentes clínicos e pessoais de quem se cuida. Nesta situação, deveria ser criadas condições para que existisse uma plataforma nacional e de acesso a todos os profissionais envolvidos.

A importância da intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação na comunidade assume progressivamente mais relevância. A RNCCI visa a prestação de cuidados de saúde a pessoas e famílias em situações de vulnerabilidade e dependência, pelo que o principal objetivo da Rede é melhorar a funcionalidade através da sua reabilitação, reinserção e reintegração social e familiar. Estes objetivos são concordantes com os objetivos da Enfermagem de Reabilitação que visam a recuperação/manutenção funcional da pessoa, o treino do cuidador e a transição saudável da pessoa dependente no autocuidado para o domicílio/comunidade. Nesta, o enfermeiro especialista de reabilitação intervém em pessoas com síndromes de imobilidade graves associados a doentes rotulados como “não tendo potencial” de reabilitação, com excelentes resultados assim como portadores de demência no campo da reabilitação cognitiva. Penso ter compreendido que não existe “pessoa sem potencial para um programa de reabilitação”.

O Enfermeiro Especialista de Reabilitação incorpora as competências técnicas, científicas e humanas necessárias à prestação de cuidados de enfermagem especializados que lhe permitem atuar com grande responsabilidade e impacto positivo na transição da pessoa que fica dependente no autocuidado e na transição

da família para o papel de prestador de cuidados. Estas competências estão de acordo com o perfil de competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), sendo alguns dos critérios de avaliação das mesmas competências:

- “Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade”;
- “...utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, sexualidade...”;
- “Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização de AVD’s de forma independente no contexto de vida da pessoa”;
- “Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade”;
- “Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) ”;
- “Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito de programas definidos com vista a promoção do auto cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade) ”;
- “Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica”;
- “Identifica barreiras arquitetónicas”;
- “Emite parecer técnico científico sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade”;
- “Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida) ” (Ordem dos Enfermeiros, 2010,p.3,4)

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ACES Sintra. (2013) Documento em Word. (2014-06-04). Plano de Acção 2014/2016: Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care. Acessível na UCC Cacém Care, Cacém, Portugal.

ACSS. (2011). Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Continua. Acedido a 13-02-2015. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Manual%20do%20Prestador%20RNCCI.pdf>

Andrade, F. (2009). O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. *Dissertação de Mestrado*. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Cardoso, M. (2011). Promover o Bem-estar do Familiar Cuidador: Programa de Intervenção Estruturado. *Dissertação de Doutoramento*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Despacho nº 1981/2014 de 7 de fevereiro. Diário de República, 2ª série, Nº 27. Ministério da Saúde. Lisboa

Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.

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

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4.ª ed.). Loures: Lusociência.

Martins, T., Ribeiro, J., & Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 4(1), pp. 131-148.

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing development and progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35, pp. 8658-8659.



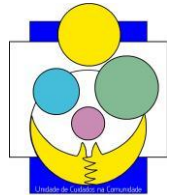
**APÊNDICE VI – ESCALAS DE AVALIAÇÃO MAIS UTILIZADAS EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**



# Escalas de avaliação utilizadas na prática de Enfermagem de Reabilitação

---





# **Escalas de avaliação** utilizadas na prática de **Enfermagem de Reabilitação**

**Elaborado por:**

**Alunos da ESEL** Eunice Rosendo João Alves

**Enfermeiras Especialistas** Ana Raposo Cristina Marques

Cacém,  
**fevereiro 2015**

# ÍNDICE F

## **AS ESCALAS NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO** ..... 3

1- ASIA (American Spinal Injury Association) ..... 4

2- Escala de ASHWORTH Modificada ..... 8

3- Índice de BARTHEL ..... 9

4- Escala de BERG ..... 9

5- Escala de BRADEN ..... 10

6- Escala de LOWER ..... 12

7- MIF (Medida de Independência Funcional) ..... 12

8- MMSE (Mini-Mental State Examination) ..... 14

9- Escala de MORSE ..... 15

10- NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) ..... 16

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** ..... 17

## **APÊNDICES- Instrumentos de Avaliação**..... 18

**Apêndice I-** ASIA (documento original)

**Apêndice II-** ASIA (documento em português)

**Apêndice III-** Índice de Barthel

**Apêndice IV-** Escala de Berg

**Apêndice V-** Escala de Braden

**Apêndice VI-** Escala de Lower e Ashworth modificada

**Apêndice VII-** MIF

**Apêndice VIII-** MMSE

**Apêndice XIX-** Escala de Morse

**Apêndice X-** NIHSS





## **AS ESCALAS NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Em qualquer programa de Reabilitação é necessário inicialmente uma avaliação inicial, recorre-se a um processo de colheita de informação em relação ao objeto de estudo (a pessoa/família), aos seus antecedentes pessoais, doença atual, a interação com o meio circundante, a sua relação social e profissional, entre outras...

A prioridade na recolha de informação é determinada pela sua situação atual/imediata e das suas necessidades. É de extrema importância uma completa colheita de dados através de um processo clínico, da semiologia clínica, dos exames complementares de diagnóstico, das limitações nas atividades de vida diária e como estas se refletem no quotidiano da pessoa/família.

A existência de escalas permitem padronizar e ao mesmo tempo individualizar, uma correta neuro avaliação com base nas escalas de avaliação permitem identificar potenciais alterações. O objetivo principal é que o instrumento de avaliação seja prático, simples na sua aplicação e posterior leitura, para que os seus resultados possam orientar o processo de Reabilitação a efetuar.

Este Dossier pretende reunir algumas das **Escalas de Avaliação** mais utilizadas na **Enfermagem de Reabilitação**. Numa primeira parte é realizada uma explicação sucinta de cada uma das 10 escalas selecionadas, numa segunda fase e em apêndice, encontram-se disponíveis os respetivos instrumentos de avaliação.

## 1- ASIA (*American Spinal Injury Association*)

A escala da ASIA foi desenvolvida em 1984 pela Associação Norte Americana de Lesão Medular (*American Spinal Injury Association – ASIA*) e sofreu revisões em 1992 e em 2002. A escala baseia-se na avaliação da sensibilidade e da função motora, sendo possível classificar a pessoa quanto ao tipo de lesão (completa ou incompleta) e determinar o nível neurológico, além de gerar um *score* baseado nos resultados sensitivos e motores. O exame da ASIA não avalia a presença de espasticidade, de dor neuropática, e de fraqueza sutil, as quais podem acontecer em casos de lesão medular. Este exame é dividido em quatro partes:

**A- Exame da motricidade;**

**B- Exame da**

**sensibilidade; C- Escala**

**de Frankel;**

**D- MIF (Medida de Independência Funcional)**

### A- Motricidade

Sensibilidade	
<b>C5</b>	Área sobre músculo deltóide
<b>C6</b>	Dedo polegar
<b>C7</b>	Dedo médio
<b>C8</b>	Dedo mínimo
<b>T1</b>	Face medial do antebraço
<b>T2</b>	Axila
<b>T4</b>	Mamilo
<b>T6</b>	Apêndice xifóide
<b>T10</b>	Umbigo
<b>T12</b>	Sínfise púbica
<b>L4</b>	Face medial da perna



O exame da motricidade é graduado de 0 a 5 pontos (escala de Lower, pag. 13), por grupo muscular

<b>L5</b>	Região anterior do pé e perna
<b>S1</b>	Borda lateral do pé
<b>S3</b>	Área sobre tuberosidade isquiática
<b>S4/S5</b>	Região perianal

- 0**- Sem contração muscular
- 1**- Contração sem movimento
- 2**- Movimento em plano horizontal sem vencer a força da gravidade
- 3**- Movimento vence a força da gravidade, mas não resistência
- 4**- Movimento vence resistência
- 5**- Força muscular normal

Exemplos:

**C5** – Flexores do cotovelo



**C6** – Extensores do punho



**C7** – Extensores do cotovelo



**C8** – Flexores dos dedos



**T1** – Abdutores do dedo mínimo



**L2** – Flexores da coxa



**L3** – Extensores do joelho



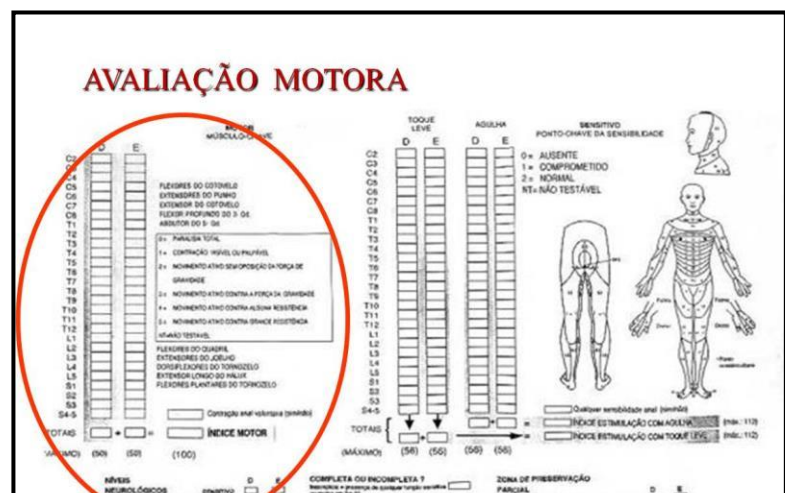
**L4** – Dorsiflexores da tibiotársica



**L5** – Extensores longos dos dedos do pé



**S1** – Flexores plantares do tornozelo





## B- Sensibilidade

O exame da sensibilidade avalia os 28 pares de dermatômos (área da pele enervada por axônios sensitivos de cada raiz) e é graduado de 0 a 2:

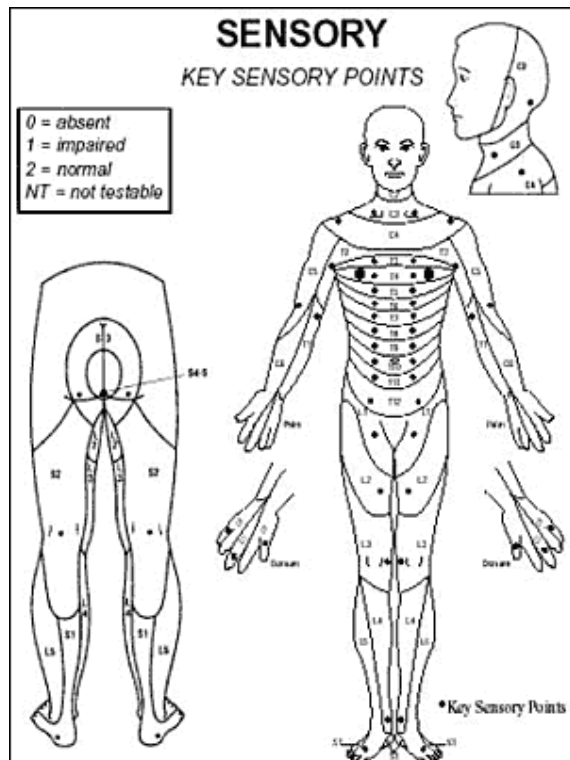
**0**- Ausente

**1**- Presente com sensação de “formigueiro”

**2**- Normal ou completo

**Nota:** Examinar a sensibilidade dolorosa e tátil, bilateralmente, nos 28 pontos-chave dos dermatômos.

Sensibilidade	
<b>C5</b>	Área sobre músculo deltóide
<b>C6</b>	Dedo polegar
<b>C7</b>	Dedo médio
<b>C8</b>	Dedo mínimo
<b>T1</b>	Face medial do antebraço
<b>T2</b>	Axila
<b>T4</b>	Mamilo
<b>T6</b>	Apêndice xifóide
<b>T10</b>	Umbigo
<b>T12</b>	Sínfise púbica
<b>L4</b>	Face medial da perna
<b>L5</b>	Região anterior do pé e perna
<b>S1</b>	Borda lateral do pé
<b>S3</b>	Área sobre tuberosidade isquiática
<b>S4/S5</b>	Região perianal



## C- Escala de Frankel

Chamada pela ASIA de *ASIA impairment scale* (AIS), avalia o grau de deficiência da pessoa com Lesão Medular.

**ASIA A** = Lesão Completa: perda das funções motora e sensitiva no segmento sacral S4 - S5 (sem sensibilidade anal nem contração voluntária do esfíncter anal);

**ASIA B** = Lesão Incompleta: perda da função motora, porém função sensitiva preservada abaixo do nível neurológico, inclusive no segmento sacral S4-S5;

**ASIA C** = Lesão Incompleta: função motora preservada abaixo do nível neurológico, e mais da metade dos músculos-chave abaixo do nível neurológico possuem grau de força inferior a 3, segundo a escala de Lower;

**ASIA D** = Lesão Incompleta: função motora preservada abaixo do nível neurológico, e mais da metade dos músculos-chave abaixo do nível neurológico possuem grau de força igual ou superior a 3;

**ASIA E** = Lesão Incompleta: funções motora e sensitiva normais.

**ESCALA DE DEFICIÊNCIA (ASIA)**

O diagrama apresenta a seguinte estrutura:

- MOTOR MÚSCULO-CHAVE:**
  - Coluna D (Deficiência):**
    - C2-C5: FLESORES DO COTOVELHO, EXTENSORES DO PUNHO, EXTENSOR DO COTOVELHO, FLEXOR PROFUNDO DO 3.º DE, ABILTOR DO 3.º DE.
    - T2-T8: 1) PARALISIA TOTAL; 2) CONTRAÇÃO VISÍVEL DO MÚSCULO; 3) MOVIMENTO ATIVO SEMPOSIÇÃO DA TORÇA DE GRANDEZ.
    - T9-T11: 1) MOVIMENTO ATIVO CONTRA FORÇA GRANDEZ; 2) MOVIMENTO ATIVO CONTRA ALGUMA RESISTENÇA.
    - T12-L1: 1) MOVIMENTO ATIVO CONTRA RESISTENÇA ASSISTIDA; 2) NÃO TESTÁVEL.
    - L2-L5: FLESORES DO QUADRIL, EXTENSORES DO JOELHO, DOIS FLESORES DO TORNOZELO, EXTENSOR LONGO DO PALME, FLESORES PUNHALES DO TORNOZELO.
    - S1-S3: NÃO TESTÁVEL.
    - S4-S5: CONTRAÇÃO INF. VOLUNTÁRIA (SABER).
  - Coluna E (Normal):**
    - S4-S5: CONTRAÇÃO INF. VOLUNTÁRIA (SABER).
- TOQUE LEVE:**
  - Coluna D:** (MÁXIMO) 58
  - Coluna E:** (MÁXIMO) 58
- AGULHA:**
  - Coluna D:** (MÁXIMO) 58
  - Coluna E:** (MÁXIMO) 58
- SENSITIVO PONTO-CHAVE DA SENSIBILIDADE:**
  - 0 = AUSENTE
  - 1 = COMPRIMETIDO
  - 2 = NORMAL
  - NT = NÃO TESTÁVEL
- TOTALS:**
  - ÍNDICE ESTIMULAÇÃO COM AGULHA (máx.: 112)
  - ÍNDICE ESTIMULAÇÃO COM TOQUE LEVE (máx.: 112)
- ÍNDICES:**
  - ÍNDICE MOTOR (máx.: 100)
  - ÍNDICE ESTIMULAÇÃO COM AGULHA (máx.: 112)
  - ÍNDICE ESTIMULAÇÃO COM TOQUE LEVE (máx.: 112)
- CLASSIFICAÇÃO:**
  - COMPLETA OU INCOMPLETA:**
    - 0 = COMPLETA
    - 1 = INCOMPLETA
  - ZONA DE PRESERVAÇÃO:**
    - 0 = NENHUMA
    - 1 = PARCIAL
    - 2 = COMPLETA

Nota: Existe lesão medular incompleta se:

- Sensibilidade na região da anal e sensação anal profunda;
- Contração voluntária do esfíncter anal externo ao exame



digital.

## D- MIF

Avaliação funcional objetiva e que traduz o impacto da Lesão Medular na independência da pessoa nas AVD. O objetivo desta avaliação está relacionado com a incapacidade previsível para o futuro. A escala encontra-se detalhada na pág. 12.

## 2- Escala de ASHWORTH Modificada

A Escala Modificada de Ashworth é a mais citada na literatura para avaliação do tônus muscular em pessoas que apresentam disfunção do sistema nervoso central. É uma escala qualitativa para avaliação do grau de espasticidade, que é medida de acordo com a resistência oferecida ao movimento angular de um segmento movido de forma passiva por um examinador. A espasticidade avalia-se em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais, bilateralmente e do distal para o proximal. Além da mobilização passiva, o enfermeiro deverá palpar os vários segmentos corporais e avaliar o tônus muscular de forma a verificar se existe hipotonicidade (diminuição do tônus) ou hipertonicidade (aumento do tônus). É uma escala ordinal que varia de 0 a 4.

Escala Modificada de Ashworth	
0	Nenhum aumento do tônus muscular;
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (ADM), quando a região é movida em flexão ou extensão;
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante;
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente;
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil;
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.



### **3- Índice de BARTHEL**

O índice de Barthel, avalia o potencial funcional do indivíduo e mede o grau de assistência exigido em dez atividades, ou seja, o nível de independência nas atividades de autocuidado: alimentação, higiene pessoal, vestir-se, controle da bexiga, do intestino, deambulação, subir escadas, transferência da cadeira para cama (Pires, 2012).

A pontuação é de zero, cinco, dez e quinze; a nota é proporcional à independência, quanto maior for a nota mais independente é o indivíduo. A pontuação máxima é 100 e, abaixo de 50 significa dependência.

### **4- Escala de BERG**

A Escala de Equilíbrio de Berg, compreende uma escala de 14 tarefas relacionadas ao dia-a-dia, que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico, tais como alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. Os itens avaliados incluem a habilidade do indivíduo em manter posições de crescente dificuldade, com a diminuição da base de suporte para sentar, até postura confortável, ficar em pé com os pés juntos, e por final, postura em tandem (isto é, com um pé à frente do outro), e postura em uma única perna, os dois itens mais difíceis. Outros itens avaliam o quão bem o indivíduo está apto a mudar de posição, de sentado para em pé, ao baldear-se de uma cadeira para outra, ao pegar um objeto do piso, e ao sentar-se.

A realização das tarefas é avaliada através da observação e a pontuação varia de 0 a 4 em cada tarefa, totalizando um máximo de 56 pontos. A pontuação é baseada no tempo em que a posição pode ser mantida, a distância que o braço é capaz de alcançar para a frente, ou o tempo para completar uma tarefa. Assim sendo, estes pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, o indivíduo necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o indivíduo apoia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador.

## **Descrição dos itens**

Pontuação (0-4):

1. Sentado para em pé;
2. Em pé sem apoio;
3. Sentado sem apoio;
4. Em pé para sentado;
5. Transferências;
6. Em pé com os olhos fechados;
7. Em pé com os pés juntos;
8. Reclinar à frente com os braços estendidos;
9. Apanhar objeto do chão;
10. Virando-se para olhar para trás;
11. Girando 360 graus;
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco;
13. Em pé com um pé em frente ao outro;
14. Em pé apoiado em um dos pés.

## **5- Escala de BRADEN**

A escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (UP) de Braden foi elaborada por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, e foi já objeto de vários testes, encontrando-se em uso em vários países. Uma vez desenvolvida nos EUA, onde as características da população são diferentes da nossa realidade, foi necessário traduzi-la e testar a sua fiabilidade e validade no contexto nacional. Neste sentido, a escala de Braden foi validada para Portugal por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira, em 2001 (Ferreira et al., 2007).

A escala é constituída por seis dimensões: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Todas as



dimensões contribuem para o desenvolvimento de UP, não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra. As dimensões estão

ponderadas de 1 a 4, excepto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. Recomenda-se que cada uma das seis sub-escalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa. O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- **Alto Risco** – Pontuação: 16

- **Baixo Risco** – Pontuação  $\geq$  17

A avaliação do risco deve ser realizada imediatamente na admissão da pessoa, devendo apenas ser aceite informação acerca dos padrões nutricionais das últimas 24-48 horas da parte de acompanhantes ou familiares, e nunca da própria pessoa. A sua aplicação deve ser sempre combinada com uma avaliação da integridade da pele. As informações relativas às restantes dimensões devem ser colhidas igualmente na admissão da pessoa na Unidade de Cuidados.

Reavaliação:

- No doente hospitalizado deve ser realizada uma reavaliação nas primeiras 48 horas de internamento ou sempre que aconteça uma alteração significativa da situação clínica;

- Nos cuidados continuados a reavaliação deve ser semanal nas primeiras 4 semanas e posteriormente mensal ou de 3 em 3 meses conforme o nível de risco;

- Nos cuidados domiciliários a reavaliação deve ser efetuada em cada visita.



## 6- Escala de LOWER

A força muscular avalia-se em todos os movimentos dos vários segmentos corporais. A avaliação inicia-se dos segmentos distais para os proximais e realiza-se bilateralmente. Na escala de Lower, o método utilizado na avaliação vale-se do uso da força e da resistência do profissional:

- (5/5) – Movimento normal contra a gravidade e resistência;
- (4/5) – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;
- (3/5) – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;
- (2/5) – Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama;
- (1/5) – Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;
- (0/5) – Sem contração muscular e sem movimento.

## 7- MIF (Medida de Independência Funcional)

A Medida de Independência Funcional – MIF – emprega uma escala de 7 pontos para avaliar 18 itens em áreas de cuidados pessoais, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social. Esta avaliação foi projetada para mensurar o nível de dependência do indivíduo. A pontuação é feita ou por entrevista com o próprio indivíduo e/ou cuidador, ou ainda pela observações direta do desempenho nas atividades. As duas dimensões da MIF, motora e cognitiva, apresentam valores parcelares. A dimensão motora (13 itens) apresenta uma cotação total que varia entre 13 e 91, e a dimensão cognitiva (5 itens) uma cotação total entre 5 e 35. Na avaliação da pessoa, a soma das duas dimensões corresponde ao valor total da MIF.

A MIF apresenta boa confiabilidade, além de ser de fácil e rápida aplicação, porém tem sido discutida a sua validação. Estabelece objetivos de intervenção

num contexto de internamento hospital, porém pouco sensível aos aspetos cognitivos,



sendo melhor, dependendo do quadro clínico do indivíduo, utilizar testes básicos como o MMSE (ponto 8).

Em utentes ambulatoriais tem ajudado em estudos descritivos para avaliar o nível de dependência, bem como comparar este dado com outros como qualidade de vida, retorno ao trabalho, etc.

Em centros de Reabilitação é uma ótima opção para triagem do indivíduo, pois os itens avaliados atendem as diversas especialidades de reabilitação. Verifica-se também que em muitos centros de reabilitação é a avaliação desfecho para alta hospitalar.

A avaliação do indivíduo com a MIF permite situá-lo num dos sete níveis de independência/dependência:

- **SEM AJUDA**

- INDEPENDENTE – Não é requerida outra pessoa para a atividade:

**NÍVEL 7- Independência Completa** – Todas as tarefas descritas que constituem a atividade em questão são realizados em segurança, sem modificação, sem ajudas técnicas e em tempo razoável.

**NÍVEL 6- Independência Modificada** – A atividade requer uma ajuda técnica, prótese ou ortótese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizado em condições de segurança suficientes.

- **COM AJUDA**

- DEPENDENTE – É necessária outra pessoa para supervisão ou ajuda física para a atividade ser realizada

- Dependência Modificada – A pessoa realiza pelo menos 50% do esforço.

**NÍVEL 5 - Supervisão ou Preparação** – A pessoa necessita de um controlo, uma presença, uma sugestão ou um encorajamento, sem contacto físico, ou ainda, o indivíduo precisa que outra pessoa (a ajuda) arranje ou prepare os

objetos e ajudas técnicas necessários (ex. colocar a prótese).



**NÍVEL 4** - Ajuda com contacto mínimo - O contacto é puramente tátil, e a pessoa realiza 75% ou mais do esforço.

**NÍVEL 3** - Ajuda Moderada – A pessoa requer mais do que um contacto tátil, ou realiza 50 a 74% do esforço.

➤ Dependência Completa - O indivíduo efetua menos de 50% do esforço.

**NÍVEL 2**- Ajuda Máxima - O indivíduo desenvolve menos de 50%, mas pelo menos 25% do esforço.

**NÍVEL 1**- Ajuda Total – A pessoa efetua menos de 25% do esforço.

## **8- MMSE (*Mini-Mental State Examination*)**

O MMSE é provavelmente o instrumento mais utilizado mundialmente, na avaliação clínica do estado cognitivo, possuindo versões em diversas línguas e países. A primeira versão desta escala de avaliação foi descrita por Folstein et al., em 1975 (Tate, 2010). Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, linguagem e habilidades viso-espaciais. Todas as questões devem ser realizadas na ordem listada e podem receber um score imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. O score máximo é de 30.

Apesar de apresentar um manuseio simples, os detalhes da sua avaliação têm sido alvo de alguma discussão. De forma genérica, é recomendado identificar questões não respondidas como erros, embora este seja um dos aspetos em que as opiniões divergem. Por outro lado, o MMSE apresenta limitações na sua aplicação que estão relacionadas com o nível de literacia, idade, nível socioeconómico e existência de surdez e cegueira. Neste contexto vários autores realizaram várias adaptações do MMSE, e em particular, Folstein et al. (2000) enfatizaram que esta escala não poderia ser utilizada como diagnóstico (Tate, 2010).

Embora a escala do MMSE seja muito utilizada na avaliação cognitiva da demência, especialmente em pessoas idosas, com particular utilização no Alzheimer, esta poderá ser utilizada em qualquer situação de afeção cerebral (trauma, AVC, etc.) (Costa, 2010). O prognóstico do potencial cognitivo pode ser muito importante para programar intervenções com o objetivo de reabilitar défices cognitivos. Algumas técnicas utilizadas ao longo de um programa de reabilitação requerem algumas habilidades cognitivas, tais como, a atenção, a linguagem, a memória e a evocação. O compromisso destas habilidades impedirá a pessoa de compreender informações escritas ou faladas e/ou relembrar essas mesmas informações e instruções, comprometendo o sucesso do processo de reabilitação (Costa, 2010). A deteção de distúrbios na cognição é, por isso, muito importante no prognóstico da recuperação e reabilitação da pessoa com AVC, TCE ou outras afeções cerebrais.

A versão portuguesa de Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro Caldas & Garcia (1994), considera três pontos de corte em função da escolaridade: analfabetos – 0 a

15 pontos (com demência), 16 a 30 pontos, sem demência; 1 a 11 anos de escolaridade – 0 a 22 pontos (com demência), 23 a 30 pontos, sem demência; mais de 11 anos de escolaridade – 0 a 27 pontos (com demência), 28 a 30 pontos, sem demência.

## **9- Escala de MORSE**

Utiliza-se a Escala de Morse para avaliar o risco de queda, é um método rápido e simples de avaliar a probabilidade de um indivíduo cair. A Escala consiste em seis variáveis, rápidas e fáceis de pontuar, tendo sido demonstradas a sua validade preditiva bem como a sua fiabilidade entre avaliadores. A avaliação dos 6 parâmetros resulta numa pontuação que oscila entre 0 e 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida o indivíduo é classificado num dos três níveis de risco: sem risco, baixo risco e alto risco.



A escala é usada em cuidados agudos, tanto em hospitais como em unidades de internamento e tratamento prolongado de doentes.

## **10- NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)**

A *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) foi desenvolvida por pesquisadores americanos (*University of Cincinnati Stroke Center*). Esta escala avalia e quantifica os défices neurológicos na pessoa com AVC. Apresenta 11 itens de exame neurológico para avaliação do efeito do AVC agudo no nível de consciência, linguagem, negligência, perda de campo visual, movimentos oculares, força muscular, ataxia, disartria e perda sensitiva. A avaliação completa por médicos, enfermeiros ou terapeutas requer menos de 10 minutos. A determinação da gravidade do AVC depende da capacidade do observador para avaliar a pessoa de forma fiável e consistente.

É utilizada, atualmente, para documentar e monitorar o estado neurológico do indivíduo, prever a extensão e a gravidade do AVC, além de representar uma ferramenta importante para determinação do prognóstico e do tratamento adequado e garantir uma linguagem universal para troca de informações entre os profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Costa, F. A. (2010). *Evolução cognitiva e funcional de pacientes pós-acidente vascular cerebral*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Tese para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. Natal.

DGS. (2011). *Norma nº 054/2011 de 27/12/20: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Acedido a 2/12/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1.

Menoita, E. C., (Coords) (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Pires, Rogério Paulo Talhas (2012) - *Operacionalização de planos de enfermagem de reabilitação integrando a linguagem CIPE-SAPE*. Escola Superior de Saúde. Dissertação de Mestrado em Enfermagem e Reabilitação. Bragança.

Tate, R. L. (2010). *A compendium of tests, scales and questionnaires: The practitioner's guide to measuring outcomes after acquired brain impairment*. New York: Psychology Press.

Sites consultados: <http://www.nihstrokescale.org/>  
[http://www.ninds.nih.gov/doctors/nih\\_stroke\\_scale.pdf](http://www.ninds.nih.gov/doctors/nih_stroke_scale.pdf) <http://www.asia-spinalinjury.org/elearning/ISNCSCI.php>  
[http://www.asia-spinalinjury.org/elearning/isncsci\\_exam\\_sheet\\_r4.pdf](http://www.asia-spinalinjury.org/elearning/isncsci_exam_sheet_r4.pdf) [http://ice-mac.org/pdf/escala\\_de\\_braden.pdf](http://ice-mac.org/pdf/escala_de_braden.pdf)  
<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-Exame%20do%20Estado%20Mental.pdf>  
<http://www.fmh.utl.pt/agon/cpfmh/docs/documentos/aulas/352/Berg%20Balanc>

[e%20](#)

[Scale%20%28PORTUGUES%29.pdf](#)

<https://ccfmuc09.files.wordpress.com/2012/11/escala-de-morse.docx>

## **APÊNDICES-** Instrumentos de Avaliação

**Apêndice I-** ASIA (documento original) Disponível em: [http://www.asia-spinalinjury.org/elearning/isncsci\\_exam\\_sheet\\_r4.pdf](http://www.asia-spinalinjury.org/elearning/isncsci_exam_sheet_r4.pdf)

**Apêndice II- ASIA (documento em português)**

**Apêndice III-** Índice de Barthel

Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

**Apêndice IV-** Escala de Berg Disponível em:

<http://www.fmh.utl.pt/agon/cpfmh/docs/documentos/aulas/352/Berg%20Balance%20Scale%20%28PORTUGUES%29.pdf>

**Apêndice V- Escala de Braden**

Disponível em: [http://ice-mac.org/pdf/escala\\_de\\_braden.pdf](http://ice-mac.org/pdf/escala_de_braden.pdf)

**Apêndice VI-** Escalas de Lower e Ashworth Modificada

**Apêndice VII-** MIF Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

**Apêndice VIII-** MMSE Disponível em:

<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-Exame%20do%20Estado%20Mental.pdf>

**Apêndice IX-** Escala de Morse

Disponível em: <https://ccfmuc09.files.wordpress.com/2012/11/escala-de-morse.docx>

**Apêndice X-** NIHSS Disponível em:

[http://www.ninds.nih.gov/doctors/nih\\_stroke\\_scale.pdf](http://www.ninds.nih.gov/doctors/nih_stroke_scale.pdf)



**APÊNDICE VII – DIÁRIOS DE ENFERMAGEM**



 <p><b>5º Curso de Mestrado em Enfermagem</b></p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Reabilitação</i></p>	Ensino Clínico 1
	Estudante – João Alves
	Docente – Vanda Marques Pinto
	<b>Diário de Enfermagem</b>

### Diário 13/10 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado ensino de transferência (leito, cadeira de rodas, sanitário) TA 120/65 mmhg e FC com 80 bpm a 50% nesta atividade, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros. Realizado ensino da atividade higiene no WC a qual revela 75% de capacidade de execução. Apresenta nos membros inferiores força muscular grau 3 (escala de Lower), não necessitando de tábua de transferência realiza a mesma com ajuda de terceiros apresentando um equilíbrio estável dinâmico sentada e um equilíbrio estável estático na posição de pé. Urinou voluntariamente as 10h (150cc) e realizado esvaziamento vesical (200cc), por volta das 14h não urinou e realizado ensino para a auto algaliação, volume residual de 450cc, independente para a realização desta atividade sob supervisão. Evacuou em pouca quantidade, abdómen mole e depressível e indolor a palpação, mantendo o peristaltismo.

### Diário 15/10 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado ensino de transferência (leito, cadeira de rodas, sanitário) realiza 50% da atividade, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob supervisão. Membros inferiores com força muscular grau 3 (escala de Lower), não necessita de tábua de transferência realiza a mesma com ajuda de terceiros. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Urinou voluntariamente as 10h (400cc) e realizou auto algaliação tendo drenado (150cc), independente para a realização desta atividade sob supervisão. Evacuou em regular quantidade (fezes moldadas) pós treino intestinal.

### Diário 17/10 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado ensino de transferência (leito, cadeira de rodas, sanitário) realiza 50% da atividade, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob supervisão. Membros inferiores com força muscular grau 3 (escala de Lower), não necessita de tábua de transferência realiza a mesma com ajuda de terceiros. Apresenta equilíbrio sentada estático e

dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Mantem algaliação vesical permanente por efeitos de ida ao domicílio. Evacuou em regular quantidade (fezes moldadas) pós treino intestinal. Instruído ensino para o domicílio com ênfase nos posicionamentos no leito (apoio dos membros inferiores/pés). Técnicas de mobilização ativa assistida com flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa coxofemoral. Técnicas de mobilização ativa assistida ao nível da tíbio társica com realização de dorsiflexão/flexão plantar e eversão/inversão.

### Diário 21/10 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado ensino de transferência (leito, cadeira de rodas, sanitário) realiza 50% da atividade, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob supervisão. Membros inferiores com força muscular grau 3 (escala de Lower), não necessita de tábua de transferência realiza a mesma com ajuda de terceiros. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Mantem algaliação vesical permanente por se encontrar com infecção urinária. Evacuou em regular quantidade (fezes moldadas) pós treino intestinal. Instruído ensino com ênfase nos posicionamentos no leito (apoio dos membros inferiores/pés). Técnicas de mobilização ativa assistida e ativa resistidas com flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa coxofemoral. Técnicas de mobilização ativa assistida ao nível da tíbio társica com realização de dorsiflexão/flexão plantar e eversão/inversão.

### Diário 22/10 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado ensino de transferência (leito, cadeira de rodas, sanitário) realiza 50% da atividade, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob supervisão. Membros inferiores com força muscular grau 3 (escala de Lower), não necessita de tábua de transferência realiza a mesma com ajuda de terceiros. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Mantem algaliação vesical permanente por se encontrar com infecção urinária. Instruído ensino com ênfase nos posicionamentos no leito (apoio dos membros inferiores/pés). Técnicas de mobilização ativa assistida e ativa resistidas com flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa coxofemoral. Técnicas de mobilização ativa assistida ao nível da tíbio társica com realização de dorsiflexão/flexão plantar e eversão/inversão.

### Diário 23/10 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado ensino de transferência (leito, cadeira de rodas, sanitário) realiza 50% da atividade, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob supervisão. Membros inferiores com força muscular grau 3 (escala de Lower), não necessita de tábua

de transferência realiza a mesma com ajuda de terceiros. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Desalgaliada às 9 horas, urinou voluntariamente as 11h (200cc) e realizou auto algaliação tendo drenado (150cc), independente para a realização desta atividade sob supervisão, posteriormente às 13 horas urinou voluntariamente (400cc) e sem presença de volume residual vesical. Instruído ensino com ênfase nos posicionamentos no leito (apoio dos membros inferiores/pés).

#### Diário 29/10 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado ensino de transferência (leito, cadeira de rodas, sanitário) realiza 50% da atividade, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob supervisão. Membros inferiores com força muscular grau 3 (escala de Lower. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico ineficaz. Desalgaliada, às 11 horas, urinou voluntariamente (200cc) e realizou auto algaliação tendo drenado (25cc), independente para a realização desta atividade sob supervisão, posteriormente não urinou não referindo vontade. Evacuou pós treino intestinal. Instruído ensino com ênfase nos posicionamentos no leito (apoio dos membros inferiores/pés). Técnicas de mobilização ativa assistida e ativa resistidas com flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa coxofemoral. Técnicas de mobilização ativa assistida ao nível da tíbio társica com realização de dorsiflexão/flexão plantar e eversão/inversão.

#### Diário 30/10 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado ensino de transferência (leito, cadeira de rodas, sanitário) realiza 50% da atividade, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob supervisão. Membros inferiores com força muscular grau 3 (escala de Lower. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico ineficaz. Desalgaliada, às 9 horas urinou voluntariamente (200cc) não tendo sido realizada auto algaliação, às 11 horas, urinou voluntariamente (400cc) e realizou auto algaliação tendo drenado (25cc), independente para a realização desta atividade sob supervisão. Evacuou fora do treino intestinal. Instruído ensino com ênfase nos posicionamentos no leito (apoio dos membros inferiores/pés). Técnicas de mobilização não foram realizadas por apresentar cansaço e dores nos membros inferiores tipo espasmódicas, fica no leito a dormir.

#### Diário 31/10 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado ensino de transferência (leito, cadeira de rodas, sanitário) realiza 50% da atividade, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob

supervisão. Membros inferiores com força muscular grau 3 (escala de Lower). Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico ineficaz. Desalgaliada no turno anterior (7 horas), urinou voluntariamente pelas 10 horas (250cc) e realizou auto algaliação tendo drenado (vest./25cc), pelas 13 horas urinou voluntariamente (300cc) sem posterior volume residual, independente para a realização desta atividade sob supervisão, posteriormente não urinou não referindo vontade. Evacuu pós treino intestinal. Instruído ensino com ênfase nos posicionamentos no leito (apoio dos membros inferiores/pés). Técnicas de mobilização ativa assistida e ativa resistidas com flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa coxofemoral. Técnicas de mobilização ativa assistida ao nível da tíbio társica com realização de dorsiflexão/flexão plantar e eversão/inversão.

### Diário 05/11 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: ajuda mínima na transferência para a cadeira de banho, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob supervisão. Membros inferiores com força muscular grau 4 (escala de Lower). Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico ainda instável. Urinou voluntariamente (150cc) às 9 horas não tendo sido realizada auto algaliação, às 11 horas, urinou voluntariamente (300cc), independente para a realização desta atividade sob supervisão. Evacuu, apesar de hoje não ser dia de treino intestinal. Instruído ensino com ênfase nos posicionamentos no leito (apoio dos membros inferiores/pés). Técnicas de mobilização não foram realizadas por apresentar cansaço e dores nos membros inferiores tipo espasmódicas, fica no leito a dormir. Realizou terapêutica anti álgica prescrita.

### Diário 06/11 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: ajuda mínima na transferência para a cadeira de banho, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob supervisão. Membros inferiores com força muscular grau 4 (escala de Lower). Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico eficaz, incentivo ao treino de marcha com andariho, realizou marcha em plano inclinado (30º) com subida e descida com andariho e sem ajuda de terceiros. Urinou voluntariamente (400cc) às 9 horas, às 11 horas, urinou voluntariamente (200cc), independente para a realização desta atividade sob supervisão.

### Diário 07/11 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: ajuda mínima na transferência para a cadeira de banho, colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário sem ajuda de terceiros, independente sob supervisão. Realizou higiene no WC apresenta independência sob supervisão.

Membros inferiores com força muscular grau 4 (escala de Lower). Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico eficaz, incentivo ao treino de marcha com andarilho, realizou marcha em plano inclinado (30º) com subida e descida com andarilho e sem ajuda de terceiros. Urinou voluntariamente (400cc) às 9 horas, às 11 horas, urinou voluntariamente (200cc), independente para a realização desta atividade sob supervisão.

#### Diário 24/11 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizada higiene no leito com ajuda máxima, realiza cuidados ao nível da face, membros superiores e região toraco abdominal. Colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário com ajuda total, mantém colar cervical e cervicalgias à mobilização. Membros inferiores com força muscular grau 0 (escala de Lower), dores nos membros inferiores tipo espasmódicas (intermitentes) ao nível dos membros inferiores, com espasticidade grau 2 na escala de ashworth. Apresenta equilíbrio sentado e dinâmico ineficaz, referindo mesmo intolerância. Mantém algaliação vesical permanente. treino intestinal parcialmente eficaz de fezes moldadas em moderada quantidade. Instruído ensino com ênfase nos posicionamentos no leito (apoio dos membros inferiores/pés). Realizadas técnicas de mobilização passiva com flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa coxofemoral. Técnicas de mobilização passiva ao nível da tíbio társica com realização de dorsiflexão/flexão plantar e eversão/inversão. Efetuado reforço e incentivado técnicas de reforço muscular ao nível dos membros superiores e treino de reeducação abdomino diafragmática.

#### Diário 25/11 C-1

Enfermagem de Reabilitação: Realizada higiene no WC (maca banheira) com ajuda máxima, realiza cuidados ao nível da face, membros superiores e região toraco abdominal. Colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário com ajuda total, mantém colar cervical e cervicalgias à mobilização. Membros inferiores com força muscular grau 0 (escala de Lower), dores nos membros inferiores tipo espasmódicas (intermitentes) ao nível dos membros inferiores, com espasticidade grau 2 na escala de ashworth. Apresenta equilíbrio sentado e dinâmico ineficaz, referindo mesmo intolerância. Mantém algaliação vesical permanente. Foi realgaliado por rotina e colhida urina para urocultura. Instruído ensino com ênfase nos posicionamentos no leito (apoio dos membros inferiores/pés). Realizadas técnicas de mobilização passiva com flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa coxofemoral. Técnicas de mobilização passiva ao nível da tíbio társica com realização de dorsiflexão/flexão plantar e eversão/inversão. Efetuado reforço e incentivado técnicas de reforço muscular ao nível dos membros superiores e treino de reeducação abdomino diafragmática. Apirético neste turno.

#### Diário 25/11 C-6

Enfermagem de Reabilitação: Realizada higiene no WC (maca banheira) com ajuda máxima. Colocadas meias de contenção assim como todo o vestuário com ajuda total, mantém colar cervical e cervicalgias à mobilização. Membros superiores e inferiores com força muscular grau 1 (escala de Lower). Mantém algaliação vesical permanente, foi realgaliado por rotina e colhida urocultura. Teve perdas intestinais fezes pastosas em moderada quantidade. Não se encontra na enfermaria por deslocação em maca a consulta de MFR no HCC.

Diário 21/10 C-2

Realizado treino de AVD: ajuda parcial na transferência para a cadeira de banho. Consegue lavar todo o corpo com exceção da região dorso lombar. No vestir é independente na metade superior, necessitando de ajuda mínima na parte inferior e total no calçar. Alimentação com ajuda mínima, não conseguindo ainda abrir invólucro de comprimentos e cortar alimentos. Consegue manter a posição pé sem ajuda de terceiros. Tem controlo de esfínteres.

Realizadas mobilizações de todos os segmentos articulares do membro superior direito. Apresenta espasticidade distal de grau 3 na escala de Ashword . Dedos (flexão/extensão, abdução/adução), polegar (flexão/extensão, adução/abdução, oponência), punho (flexão/extensão, desvio radial/cubital), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e ombro (flexão/extensão, abdução/adução, elevação/redução, rotação interna/externa, circundação).

Diário 22/10 C-2

Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: ajuda parcial na transferência para a cadeira de banho. Consegue lavar todo o corpo com exceção da região dorso lombar. No vestir é independente na metade superior, necessitando de ajuda mínima na parte inferior e total no calçar. Alimentação com ajuda mínima, não conseguindo ainda abrir invólucro de comprimentos e cortar alimentos. Consegue manter a posição pé sem ajuda de terceiros. Tem controlo de esfínteres, tendo evacuado.

Realizadas mobilizações de todos os segmentos articulares do membro superior direito. Apresenta espasticidade distal de grau 3 na escala de Ashword . Dedos (flexão/extensão, abdução/adução), polegar (flexão/extensão, adução/abdução, oponência), punho (flexão/extensão, desvio radial/cubital), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e ombro (flexão/extensão, abdução/adução, elevação/redução, rotação interna/externa, circundação).

Diário 23/10 C-2

Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: Alimentação com ajuda mínima. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Tem controlo de esfínteres, tendo evacuado.

Realizadas mobilizações de todos os segmentos articulares do membro superior direito. Apresenta espasticidade distal de grau 3 na escala de Ashword. Dedos (flexão/extensão, abdução/adução), polegar (flexão/extensão, adução/abdução, oponência), punho (flexão/extensão, desvio radial/cubital), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e ombro (flexão/extensão, abdução/adução, elevação/redução, rotação interna/externa, circundação).

Diário 29/10 C-2

Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: ajuda parcial na transferência para a cadeira de banho. Consegue lavar todo o corpo com exceção da região dorso lombar. No vestir é independente na metade superior, necessitando de ajuda mínima na parte inferior e total no calçar. Alimentação com ajuda mínima. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Tem controlo de esfíncteres, tendo evacuado.

Realizadas mobilizações de todos os segmentos articulares do membro superior direito. Apresenta espasticidade distal de grau 3 na escala de Ashword . Dedos (flexão/extensão, abdução/adução), polegar (flexão/extensão, adução/abdução, oponência), punho (flexão/extensão, desvio radial/cubital), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e ombro (flexão/extensão, abdução/adução, elevação/redução, rotação interna/externa, circundação).

Diário 30/10 C-2

Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: ajuda parcial na transferência para a cadeira de banho. Consegue lavar todo o corpo com exceção da região dorso lombar. No vestir é independente na metade superior, necessitando de ajuda mínima na parte inferior e total no calçar. Alimentação com ajuda mínima. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Tem controlo de esfíncteres, tendo evacuado.

Realizadas mobilizações de todos os segmentos articulares do membro superior direito. Mantém espasticidade distal de grau 3 na escala de Ashword . Dedos (flexão/extensão, abdução/adução), polegar (flexão/extensão, adução/abdução, oponência), punho (flexão/extensão, desvio radial/cubital), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e ombro (flexão/extensão, abdução/adução, elevação/redução, rotação interna/externa, circundação).

Diário 31/10 C-2

Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: ajuda mínima na transferência para a cadeira de banho. Consegue lavar todo o corpo com exceção da região dorso lombar. No vestir é independente na metade superior, necessitando de ajuda mínima na parte inferior e total no calçar. Alimentação com ajuda mínima. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Tem controlo de esfíncteres, tendo evacuado.

Realizadas mobilizações de todos os segmentos articulares do membro superior direito. Apresenta espasticidade distal de grau 3 na escala de Ashword. Dedos (flexão/extensão, abdução/adução), polegar (flexão/extensão, adução/abdução, oponência), punho (flexão/extensão, desvio radial/cubital), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e ombro (flexão/extensão, abdução/adução, elevação/redução, rotação interna/externa, circundação).

Diário 05/11 C-2

Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: ajuda mínima na transferência para a cadeira de banho. Consegue lavar todo o corpo com exceção da região dorso lombar. No vestir é independente na metade superior, necessitando de ajuda mínima na parte inferior e total no calçar. Alimentação com ajuda mínima. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Tem controlo de esfíncteres, tendo evacuado.

Realizadas mobilizações de todos os segmentos articulares do membro superior direito. Apresenta espasticidade distal de grau 3 na escala de Ashword . Dedos (flexão/extensão, abdução/adução), polegar (flexão/extensão, adução/abdução, oponência), punho (flexão/extensão, desvio radial/cubital), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e ombro (flexão/extensão, abdução/adução, elevação/redução, rotação interna/externa, circundação).

Diário 06/11 C-2

Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: ajuda mínima na transferência para a cadeira de banho assim como na higiene corporal (banho). No vestir é independente na metade superior, necessitando de ajuda mínima na parte inferior e total no calçar. Alimentação com ajuda mínima. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Tem controlo de esfíncteres, tendo evacuado.

Realizadas mobilizações de todos os segmentos articulares do membro superior direito. Apresenta espasticidade distal de grau 3 na escala de Ashword . Dedos (flexão/extensão, abdução/adução), polegar (flexão/extensão, adução/abdução, oponência), punho (flexão/extensão, desvio radial/cubital), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e ombro (flexão/extensão, abdução/adução, elevação/redução, rotação interna/externa, circundação).

Diário 07/11 C-2


Enfermagem de Reabilitação: Realizado treino de AVD: ajuda mínima na transferência para a cadeira de banho assim como na higiene corporal (banho). No vestir é independente na metade superior, necessitando de ajuda mínima na parte inferior e total no calçar. Alimentação com ajuda mínima. Apresenta equilíbrio sentada estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível. Tem controlo de esfíncteres, tendo evacuado.

Realizadas mobilizações de todos os segmentos articulares do membro superior direito. Apresenta espasticidade distal de grau 3 na escala de Ashword . Dedos (flexão/extensão, abdução/adução), polegar (flexão/extensão, adução/abdução, oponência), punho (flexão/extensão, desvio radial/cubital), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e ombro (flexão/extensão, abdução/adução, elevação/redução, rotação interna/externa, circundação).



## APÊNDICE VIII – ESTUDO CASO DO ENSINO CLINICO 1



 <p><b>5º Curso de Mestrado em Enfermagem</b></p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Reabilitação</i></p>	<p>Hospital Curry Cabral</p> <p>Serviço de Medicina Física e Reabilitação</p>
	<p>Estudante – João Alves</p> <p>Docente – Vanda Marques Pinto</p>
	<p><b>Estudo de Caso</b></p> <p><b>“Pessoa Com Paraplegia”</b></p>

## **SIGLAS**

ASIA - American Spinal Injury Association

AVD - Atividades de Vida Diária

CEER - Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMR - Centro de Medicina de Reabilitação

DGS - Direção Geral de Saúde

LCR – Líquido Céfalo raquidiano

LM - lesão medular

LVM - Lesão Vertebro Medular

MIF - Medida da Independência Funcional

RM – Ressonância Magnética

RCT – Reflexos cutâneo plantares

ROT – Reflexos osteo tendinosos

SNC - Sistema Nervoso Central

UVM - Unidade Vertebro Medular

## **INTRODUÇÃO**

O presente documento, completa um momento de avaliação formativa do ensino clínico e é um contributo no desenvolvimento de competências técnicas e científicas.

O caso desenvolvido neste trabalho reporta-se a uma utente de 62 anos de idade com Paraplegia.

Desta forma, será feita uma revisão bibliográfica sobre a anatomofisiologia da coluna, espinal medula, fisiopatologia da lesão medular e reabilitação na pessoa com paraplegia. De seguida será formalizada a apresentação do estudo de caso, assim como, a apresentação do plano de cuidados individualizado. Por fim, serão feitas algumas reflexões críticas sobre a evolução da utente e as considerações finais do presente trabalho.

A reabilitação da pessoa com Paraplegia é possível, conseguindo proporcionar qualidade de vida e reintegração na vida família/social.

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A revisão bibliográfica incorporará uma síntese das estruturas anatómicas da coluna vertebral e medula, uma abordagem sobre a lesão medular, assim como, a paraplegia. E por fim os cuidados de enfermagem de reabilitação.

### **Anatomofisiologia da Coluna Vertebral**

De acordo com Correia & Pascoal (2010), a coluna vertebral é constituída por um conjunto de 24 peças ósseas independentes, as vértebras, e por dois ossos, o sacro e o cóccix, resultantes da fusão de várias vértebras. De cima para baixo podem distinguir-se na coluna diferentes regiões: cervical, dorsal, lombar e sacrococcígea.

Cada vértebra é formada por duas porções distintas: um maciço ósseo anterior, o corpo da vértebra e uma região apofisária lateral e posterior, onde se encontram

duas apófises transversas, localizadas lateralmente, uma apófise espinhosa, de orientação posterior, e quatro apófises articulares, duas superiores e duas inferiores. Estas articulam-se entre vértebras, superior e inferior. O grupo de apófises encontra-se disposto em torno de um orifício, o buraco vertebral, que é limitado lateralmente pelos pedículos e atrás pelas lâminas. Há medida que se desce na coluna, o tamanho dos corpos vertebrais, vocacionados para o suporte do peso, vai aumentando progressivamente. Os discos intervertebrais, apresentam uma espessura variável: cerca de 5mm na região cervical, 3mm na região dorsal e 9 mm na região lombar. Esta espessura relaciona-se com a função de suporte de peso e de mobilidade característica desta região (Correia & Pascoal, 2010).

A adaptação á posição bípede determinou o desenvolvimento de curvaturas da coluna, assim, distingue-se na coluna dois tipos de curvaturas fisiológicas: cifose e lordose. As cifoses são curvatura de concavidade anterior típicas da região dorsal e da região sacrococcígea, enquanto que as lordoses são curvaturas da concavidade posterior e caracterizam as regiões cervical e lombar (Correia & Pascoal, 2010).

Entre cada corpo vertebral existe uma estrutura discoide responsável em grande parte pela capacidade funcional da coluna no que diz respeito à mobilidade e ao amortecimento.

#### *Funções da coluna vertebral*

A coluna vertebral desempenha um papel fundamental na organização de todo o esqueleto, dando resposta a funções de natureza diversificada com requisitos de mobilidade, de capacidade de amortecimento e, simultaneamente, de grande estabilidade. É também através da coluna vertebral que se verifica a transmissão de forças verticais inerentes à posição bípede (Correia & Pascoal, 2010).

A coluna assume ainda, um papel importante na proteção de estruturas fundamentais do sistema nervoso, nomeadamente a espinal medula.

A coluna vertebral permite três categorias de movimentos anatómicos: flexão, extensão no plano sagital, flexão lateral à direita e esquerda, no plano frontal, e rotação à direita e esquerda no plano horizontal (Correia & Pascoal, 2010).

#### *Abordagem regional da coluna*

A região superior, a cervical, tem como funcionalidade a sustentação e mobilidade da cabeça, no sentido de assegurar a horizontalidade da linha de visão e um campo visual amplo. Possui sete vértebras (Correia & Pascoal, 2010).

A funcionalidade região seguinte, a dorsal, está associada com a sustentação do tórax e com os movimentos respiratórios. Apresenta doze vértebras que desenham no seu conjunto, uma longa cifose que amplia a caixa torácica e a amplitude dos movimentos respiratórios (Correia & Pascoal, 2010).

A região que se segue é a lombar, que representa o local de charneira entre a região sacrococcígea e as regiões superiores da coluna, é uma região que tem grande mobilidade.

Por fim, a região sacrococcígea, que contém duas peças ósseas que estão integradas na bacia: o sacro e o cóccix. O sacro é constituído por quatro ou cinco vértebras soldadas entre si, apresentado a forma de uma pirâmide triangular, cuja base se articula com a quinta vértebra lombar (Correia & Pascoal, 2010).

### *A medula Espinal*

A medula corresponde ao andar inferior do SNC. Encontra-se alojada e protegida num canal ósseo, o canal vertebral, formado pelo conjunto dos buracos vertebrais da coluna. Apresenta um comprimento médio de 45 cm, iniciando-se a nível do atlas, mas não ocupando todo o canal vertebral, dado que termina ao nível da segunda vértebra lombar (Correia & Pascoal, 2010).

A medula tem a forma aproximada de um cordão cilíndrico, apresentando-se ligeiramente achatada no sentido Antero-posterior. O seu diâmetro é de cerca de 1 cm, mas nas regiões cervical e lombar é mais espessa, dado encontrarem-se aí localizados os centros responsáveis pelos membros superiores e inferiores. Vista de frente observa-se um sulco na face anterior da medula, o sulco mediano anterior, que divide esta face ao meio, de cada lado emergem raízes constituídas por fibras nervosas eferentes que transportam informação do SNC para as raízes motoras. Posteriormente, encontra-se o sulco mediano posterior, que é menos profundo do que o anterior. De cada lado, podem observar-se as raízes posteriores constituídas por fibras aferentes que trazem informação sensitiva dos recetores para o SNC, as

raízes sensitivas. De certa forma, pode dizer-se que as raízes posteriores entram na medula, enquanto que, as raízes anteriores saem da medula. As raízes anteriores e posteriores de cada lado vão unir-se, formando o nervo espinal ou raquidiano. Uma vez que, este nervo transporta informação sensitiva e informação motora, é um nervo do tipo misto (Correia & Pascoal, 2010).

Ao longo do comprimento da medula, formam-se 31 pares de nervos espinais que a dividem em 31 segmentos, a cada um correspondendo um corte segmentar da medula. Cada segmento é denominado metâmero.

Cada raiz anterior distribui as suas fibras motoras pelo território muscular correspondente – miótomo. A distribuição dos miótomos é menos evidente, mais complexa e irregular nos membros do que no tronco.

Cada raiz posterior recolhe impulsos de territórios localizados, embora com sobreposições; a cada área corporal inervada sensitivamente por um segmento medular chama-se dermatoma.

Os 31 segmentos medulares e respetivos nervos espinais estão divididos em regiões correspondentes às regiões da coluna vertebral: região cervical (oito pares de nervos), região dorsal (12 pares de nervos), região lombar (cinco pares de nervos), região sagrada (cinco pares de nervos) e região coccígea (um par de nervos).

Cada nervo espinal sai da coluna pelo buraco conjugado adjacente à vértebra respetiva, os nervos dos segmentos anteriores têm de descer por dentro do canal vertebral até atingirem o buraco de conjugação correspondente. Este conjunto de nervos que se desloca no canal vertebral, abaixo da terminação da medula, tem o nome de cauda equina (Correia & Pascoal, 2010).

### *Análise funcional e histológica da medula*

Funcionalmente existem dois tipos de células motoras no corno anterior da medula: as células somatomotoras, dependentes do sistema nervoso somático, que se dirigem para o musculo esquelético, e as células visceromotoras, que dependem do sistema nervoso autónomo e enviam ordens motoras para as vísceras e glândulas.

Cada tipo de sensibilidade é transmitido por feixes específicos de fibras aferentes que entram na substância cinzenta medular pelo seu corno posterior. A maioria destas fibras transporta informação exteroceptiva referente ao tacto, dor, frio e calor, seguidas das fibras que transportam a sensibilidade proprioceptiva, sobre os músculos, tendões e articulações, e por fim uma pequena percentagem das fibras corresponde aos recetores interoceptivos.

A medula é um órgão complexo que dá resposta a dois grandes tipos de funções. Por um lado, é um centro de decisão com capacidade de tratamento de informação, onde grande parte do controlo motor é estruturado, sendo capaz de desencadear respostas sem interferência dos centros superiores, através dos reflexos medulares. Por outro lado, apresenta a capacidade de conduzir informação no seu seio, servindo de ligação, através da substância branca, entre a periferia e os centros superiores.

### *Reflexos medulares*

Um ato reflexo medular é uma resposta a um estímulo sensitivo que é decidida na medula. Qualquer ato reflexo tem um suporte anatómico, ou seja, um determinado percurso de neurónios que leva o estímulo do recetor ao efector. Ao suporte anatómico do ato reflexo chama-se arco reflexo. Há varias formas de classificar os atos reflexos, depende do critério usado. Este pode ser segundo o número de sinapses, conforme o segmento de entrada do estímulo e de saída da resposta, segundo o tipo de resposta que originam.

### Lesão Vertebro Medular

Defino e Zardo, citados por CEER (2009), referem que a lesão medular ocorre em cerca de 15 a 20% das fraturas da coluna vertebral, sendo que as vértebras mais envolvidas são as de C5 a C7 e as de D12 a L1. Por a coluna cervical ser a mais móvel, fica mais sujeita a variados e numerosos mecanismos de lesão, constituindo cerca de 2/3 das lesões medulares.

De acordo com Henriques (2004) há maior prevalência de lesões medulares em homens, com idade compreendida entre os 16 e 30 anos de idade. Em Portugal, os acidentes de viação constituem a primeira causa de morte nos jovens e a quinta na

população em geral, sendo que este tipo de acidentes são identificados como grande causa de politraumatizados que entram nas urgências e salas de trauma (Ministério da Saúde, citado por CEER, 2009).

Henriques (2004) refere ainda que a etiologia desta situação está relacionada com acidentes de viação majoritariamente, seguidos de acidentes em trabalho e lazer. A esperança média de vida cada vez se aproxima mais da de um cidadão sem lesão medular, embora dependa de algumas variáveis tais como o nível de lesão, se é ou não lesão completa e a idade em que sofreu o traumatismo.

As consequências fisiopatologias de uma lesão medular traumática dependem em grande medida do tipo de lesão que o traumatismo provocou às estruturas ósseas, e sobretudo à espinhal medula. Em muitas circunstâncias è de esperar anestesia e paralisia abaixo no nível da lesão.

As lesões medulares de origem traumática surgem em função de uma agressão dos tecidos ósseos fraturados ou luxados, os quais têm uma densidade bastante mais elevada do que a medula espinhal, cuja organização tecidual apresenta uma densidade muito mais baixa. Muitas das lesões medulares traumáticas estão associadas a fraturas ou luxações vertebrais, mas em determinadas situações, o mecanismo causador da lesão medular pode não ser direto e resultar de alterações na irrigação sanguínea da própria medula, quer estas resultem de lesões hemorrágicas ou isquémicas.

Há regiões da coluna mais protegidas, nomeadamente a região torácica e a lombar inferior, enquanto que a região cervical e lombar superior são mais vulneráveis. As lesões medulares são mais frequentes na região cervical, principalmente nas junções C5/C6, C6/C7 e C7/D1, e as que se situam nos segmentos vertebrais D12/L1.

#### Fisiopatologia da lesão medular

De acordo com CEER (2009), citando Defino, “A lesão da medula espinhal resulta de concussão, contusão, laceração, secção transversal, hemorragia e/ou compromisso do aporte sanguíneo à medula espinhal.

O mesmo autor refere ainda que as LM podem ser classificadas em: Primária - resultante do trauma (transferência de energia cinética à medula espinhal, com rompimento do tecido neurológico, lesão das células nervosas e rotura de vasos sanguíneos); Secundária - resultante de um manuseamento inadequado ou da sua severidade (hipoxia, edema, hipotensão, compressão).

Atendendo ao nível funcional, as LM podem ser referidas como completas ou incompletas. Nas lesões completas não se verifica preservação de função motora e sensitiva abaixo do nível neurológico da lesão e seja qual for o mecanismo de lesão, o resultado é uma dissecção da medula espinhal e das suas vias neuro químicas. Nas lesões incompletas há preservação parcial da função motora e/ou sensitiva abaixo do nível neurológico da lesão. Em relação a este último tipo de lesão, podem ocorrer uma variedade de síndromes que se classificam atendendo ao grau de perda motora e sensorial abaixo da lesão: Síndrome Centro medular ou do Cordão Central, Síndrome de Brown-Sequard, Síndrome Posterior da Medula Espinhal ou do Cordão Posterior, Síndrome Anterior da Medula Espinhal ou do Cordão Anterior, Síndrome do Cone Medular e Síndrome da Cauda Equina (CEER, 2009).

A ASIA criou uma escala de classificação do grau de lesão medular, dividindo-a nos seguintes itens (CEER, 2009):

Completa – Não há função sensitiva ou motora nos segmentos sagrados S4-S5;

Incompleta – Há função sensitiva mas não motora preservada abaixo do nível neurológico, estendendo-se aos segmentos sagrados S4-S5;

Incompleta – Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos-chave, abaixo do nível neurológico, têm força muscular inferior a 3;

Incompleta – Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos metade dos músculos-chave, abaixo do nível neurológico, têm força muscular igual ou superior a 3.

Normal – As funções sensitivas e motoras são normais.

Na fase imediata após uma secção transversal há completa perda ou défice das funções motoras e sensoriais, bem como das sensações somáticas e viscerais

abaixo do nível da destruição (choque medular ou arreflexias). Surge assim a paralisia flácida, a arreflexia e a hipotonia causadas pela interrupção dos impulsos nervosos, em relação ao nível lesado. Neste período pode até ser necessário a ventilação assistida (Phipps et al, 1999).

Com o passar do tempo, os músculos envolvidos tornam-se espásticos e hiper-reflexivos, talvez devido à libertação de reflexos de distensão muscular, da influência inibitória do feixe piramidal lesado, resultando em respostas hiperactivas (Phipps et al, 1999).

Uma lesão ao nível lombar e sacrado resulta em paralisia dos membros inferiores. Uma lesão ao nível torácico resulta em perdas musculares do tórax, tronco, intestino, bexiga e membros inferiores (paraplegia); pescoço e braços mantêm a sua função muscular. Uma lesão ao nível da coluna cervical provoca paralisia dos 4 membros e do tronco (tetraplegia), sendo que é a lesão mais crítica que pode ocorrer:

Lesão acima de C4 – perde todas as funções musculares, incluindo a respiração;

Lesão de C5 – perde as funções musculares dos membros superiores, tórax e de tudo abaixo deste, mantendo apenas as funções musculares do pescoço e a capacidade de fazer a elevação escapular;

Lesão de C6-C7 – perde algumas das funções musculares dos membros superiores e dedos, algumas do tórax e todas abaixo deste, mantendo apenas as funções musculares do pescoço e alguma mobilidade a nível do tórax e do braço (Phipps et al, 1999).

Ainda no que respeita às situações de tetraplegia (lesões da coluna cervical), verifica-se assim que os músculos do diafragma e intercostais são afetados, podendo resultar em insuficiência respiratória e morte, caso o doente não receba assistência ventilatória imediata e adequada (Phipps et al, 1999).

No doente tetraplégico, consciente, com lesão abaixo da C5, geralmente a função respiratória não está comprometida, exceto se estiver associada a traumatismo perfurante agudo do tórax. Lesão ao nível da C5 resulta em paralisia dos músculos intercostais, deixando apenas íntegras as funções do diafragma. Um doente que

tenha lesão medular ao nível de C4 vai, provavelmente, necessitar de suporte permanente com ventilador. Se esta assistência for prolongada, irá ser necessário efetuar uma traqueotomia (Phipps et al, 1999).

Imediatamente após uma lesão medular há um período de arreflexia denominado choque medular. Este período caracteriza-se por diminuição ou ausência de reflexos, tendo como sintomas a flacidez e a perda de sensibilidade abaixo do nível da lesão. Schmitz citado por Henriques (2004), que afirma que o choque medular pode prolongar-se por algumas horas a diversas semanas, havendo uma relação entre o tempo de manutenção dessa situação e a gravidade da situação.

As lesões medulares traumáticas podem ser flácidas ou espásticas, sendo que a flacidez é uma característica do choque medular, mas também pode resultar de lesões que atinjam o neurónio motor inferior, tal como, sucede nas lesões da cauda equina. Após algum tempo do início da lesão, as pessoas ficam com espasticidade resultante de uma atividade reflexa aumentada. Esta espasticidade pode ser benéfica em algumas situações, mas prejudiciais nas atividades de vida.

#### Qualidade de vida na pessoa paraplégica

De acordo com Henriques (2004), os percursos de adaptação à paraplegia espelhados na qualidade de vida tornam-se um ato de criação que nos surpreende.

O percurso de adaptação à paraplegia em particular, ou a outros tipos de lesões medulares em geral, é um processo prolongado no tempo, ultrapassando em muito os períodos de contacto com os profissionais de saúde, muitos dos componentes desse percurso não são bem recebidos, havendo assim importantes lacunas nas referências dadas pelos profissionais de saúde, e desta forma eventuais insuficiências na ajuda possível.

Ainda de acordo com Henriques (2004), a prestação de cuidados de saúde de enfermagem a estas pessoas, necessita de uma abrangência de conhecimentos e de dados, que ultrapassam em muito os aspetos técnicos mas que deverão incluir aspetos de ajuda emocional, motivacional e familiar, entre outros. As pessoas com lesão vértebra medular traumática, confrontadas com uma experiência nova e brusca, em que o seu próprio corpo não responde da forma habitual aos diferentes

estímulos externos e internos, tem necessidade de resposta não só sobre a sua situação presente, mas muitas vezes sobre as perspetivas de futuro. Estas respostas deverão garantir uma informação consistente e verdadeira, sobretudo dando perspetivas de futuro (Henriques, 2004).

A melhor forma de perceber as perspetivas de futuro das pessoas com paraplegia é conhecê-las no seu percurso de vida, tanto no internamento como no período de reintegração social, e todo o seu percurso de vida social. Saber o que espera da vida e o significado que retira das experiências vividas por si próprio (Henriques, 2004).

O indivíduo fica sem controlo motor e ou sensitivo dos membros inferiores, e de parte da região do tronco e abdómen, à qual se associam alterações de varias funções, vesical, intestinal e sexual. A deficiência significa desde logo diminuição, numa sociedade que valoriza o ser saudável, robusto e ágil, e desvaloriza a fraqueza, fragilidade, inabilidade ou doença (Henriques, 2004).

A pessoa com lesão medular para viver e sobreviver, necessita de enfrentar uma sociedade que frequentemente envia mensagens de exclusão ao deficiente, de que é diferente ou um cidadão de segunda classe. Ainda assim, muitas pessoas conseguem elevados níveis de adaptação e desenvolvem uma vida razoável, adaptada a si e tem altos níveis de perceção da sua saúde e da sua qualidade de vida (Henriques, 2004).

As lesões traumáticas das quais resulta uma paraplegia implicam lesões mais ou menos extensas da medula espinhal, podendo essas lesões ser em níveis metafísicos diferentes.

A lesão medular habitualmente surge de forma inesperada e traumática, podendo levar a alterações profundas na capacidade de adaptação ao ambiente, com alterações da imagem corporal que o indivíduo construiu ao longo dos anos.

De acordo com Henriques (2004), a vida de cada pessoa torna-se única não só pela sua natureza mas por toda a experiência que vai adquirindo, podendo a situação de deficiência, incapacidade ou desvantagem constituir um contributo incalculável não só para ela mas para a sociedade para a sua individualidade.

## **APRESENTAÇÃO DO CASO**

De seguida irei apresentar o caso do utente que segui para a elaboração do presente trabalho. Será primeiramente abordado a colheita de dados do utente, de seguida o plano de cuidados personalizado e por fim uma reflexão sobre os cuidados prestados e evolução do doente.

### **Identificação**

Doente do sexo feminino, 62 anos, caucasiana, reformada (enfermeira), natural do Porto, residente em Almada, com o marido no domicílio.

### **Data de Internamento**

08 de Outubro de 2014

### **Motivo de internamento**

Incapacidade para a marcha e para as AVD's por paraparésia por provável mielite transversa de etiologia não esclarecida.

### **História da Doença Actual**

Doente sexo feminino, 62 anos, aparentemente bem e autónoma nas AVD's até Março de 2014, altura em que inicia quadro de dor gemelar e ligeiro défice de força muscular dos membros inferiores com dificuldade para a marcha em antepés, tendo sido observada por neurologista que verificou hipotonia gemelar. Segundo a própria foi diagnosticada como meralgia parestésica e medicada com Gabapentina, sem melhoria significativa. Em Julho apresentava marcha com claudicação por défice de força muscular dos membros inferiores e mantinha a dor, tendo iniciado tratamentos de reabilitação. Por persistência das queixas foi medicada por médico assistente com Diprofos com melhoria significativa durante 1 mês. Em 17/09/2014, reiniciou de forma súbita quadro de diminuição severa da força muscular dos membros inferiores, com dificuldade no subir/descer escadas, evoluindo em aproximadamente 24h para incapacidade para a marcha, retenção urinária, 2 episódios de incontinência fecal ligeira (após administração de contraste para RM) e diminuição da sensibilidade abaixo da cintura. Nega febre, queixas respiratórias, gastro-

intestinais ou geni-urinárias prévias. Nega história traumática. Foi levada ao Hospital CUF Descobertas. À entrada apresentava quadro de paraplegia flácida e simétrica, ROT's abolidos nos membros inferiores, RCP indiferentes bilateralmente, nível sensitivo T10 simétrico.

Realizou RM dorsal, lombar e sagradal: marcada expansão do cone medular, com reforço de contraste leptomeníngeo associado e edema medular – provável mielite infecciosa com características inespecíficas.

Submetida a punção lombar, com exame citoquímico de LCR: Proteínas – 90, celularidade normal, ex. Bacteriológico negativo e anatomo-patológico também negativo para células neoplásicas. Estudo de serologias virais somente destacando estudo de DNA positivo para vírus herpes tipo 7 – aguarda resultado de imunoelectroforese e bandas oligoclonais.

Efectuou durante o internamento corticoterapia com dexametasona e tratamentos de reabilitação com melhoria franca do quadro clínico.

Realizou RM de controlo que evidenciou redução do edema do cone medular e punção lombar com ex. citoquímico com melhoria dos parâmetros inflamatórios, quase normalizados.

Não há referência a intercorrências ao longo do internamento, estando à data da alta estável, vigil e colaborante, com quadro de paraparésia assimétrica, mais significativa à direita, conseguindo realizar elevação dos membros inferiores à esquerda e parcialmente à direita, sensação de repleção vesical, RCP's esboçando flexão bilateralmente e ROT's aquilianos fracos e simétricos, rotulianos ainda abolidos.

Foi transferida para o Serviço de Medicina Física e Reabilitação – Pavilhão N a 08/10/2014 para intensificação do programa de reabilitação.

### **Antecedentes Pessoais**

Bronquiectasias;

Nega outras patologias conhecidas, outros internamentos hospitalares ou cirurgias e/ou alergias associadas.

### **Medicação em Ambulatório:**

Gabapentina 300 mg – 1 cp 3x/dia – iniciada desde início deste quadro.

### **Antecedentes Familiares**

2 filhos do sexo masculino: 39A, saudável; 35A, spina bífida sem limitações nas AVDs.

### **Historia Económica e Social**

Doente casada, reformada de enfermagem, vive com o marido em apartamento, 2 casas de banho com poliban; no acesso interior do prédio com 2 degraus. Sem outras barreiras arquitetónicas.

**INDICE DE BARTHEL Total de 40 (0 a 100) a 08/10/2014**

### **ALIMENTAÇÃO**

**(10)INDEPENDENTE. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.**

(5)AJUDA. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc  
(0)DEPENDENTE.

### **BANHO**

(5)INDEPENDENTE. Lava-se por completo em duche ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.

**(0)DEPENDENTE.**

### **VESTIR**

(10)INDEPENDENTE. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário

**(5)AJUDA. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em**

tempo

razoável.

(0)DEPENDENTE.

## HIGIENE PESSOAL

(5)INDEPENDENTE. Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico

(0)DEPENDENTE.

## INTESTINO

(10)CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.

(5)INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.

(0)INCONTINENTE

## BEXIGA

(10)CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas própria providências.

(5)INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.

(0)INCONTINENTE/RETENÇÃO

## USO DA SANITA

(10)INDEPENDENTE. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda

(5)AJUDA. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.

(0)DEPENDENTE.

## TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA

(15)INDEPENDENTE. Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.

(10)AJUDA MÍNIMA. Necessita de ajuda ou supervisão mínimas  
**(05)GRANDE MAIOR. É capaz de sentar-se mas necessita de assistência total para a passagem**

(0)DEPENDENTE.

## **MOBILIDADE**

(15)INDEPENDENTE. Pode caminhar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andarilho.

(10)AJUDA. Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão  
**(5)INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS. Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 metros.**

(0)DEPENDENTE.

## **ESCADAS**

(10)INDEPENDENTE. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão

(5)AJUDA. Necessita de ajuda física ou supervisão  
**(0)DEPENDENTE.**

**Índice de Barthel Total de 55 (0 a 100) a 17/10/2014**

## **ALIMENTAÇÃO**

**(10)INDEPENDENTE. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.**

(5)AJUDA. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc

(0)DEPENDENTE.

## **BANHO**

**(5)INDEPENDENTE. Lava-se por completo em duche ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.**

(0)DEPENDENTE.

## **VESTIR**

(10)INDEPENDENTE. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário

**(5)AJUDA. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.**

(0)DEPENDENTE.

## **HIGIENE PESSOAL**

**(5)INDEPENDENTE. Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico**

(0)DEPENDENTE.

## **INTESTINO**

**(10)CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.**

(5)INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.

(0)INCONTINENTE

## **BEXIGA**

(10)CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas própria providências.

(5)INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.

**(0)INCONTINENTE/RETENÇÃO**

## **USO DA SANITA**

(10)INDEPENDENTE. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda  
**(5)AJUDA. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.**

(0)DEPENDENTE.

### **TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA**

(15)INDEPENDENTE. Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.

**(10)AJUDA MÍNIMA. Necessita de ajuda ou supervisão mínimas**

(05)GRANDE MAIOR. É capaz de sentar-se mas necessita de assistência total para a passagem

(0)DEPENDENTE.

### **MOBILIDADE**

(15)INDEPENDENTE. Pode caminhar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andarilho.

(10)AJUDA. Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão

**(5)INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS. Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 metros.**

(0)DEPENDENTE.

### **ESCADAS**

(10)INDEPENDENTE. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão

(5)AJUDA. Necessita de ajuda física ou supervisão

**(0)DEPENDENTE.**

Avaliação Motora dos Músculos Chave, de acordo com a **Escala de Lower**

Membros Superiores a 08/10/2014

C5: Flexores do Cotovelo – direito: 5/5; esquerdo: 5/5

C6: Extensores do Punho – direito 5/5; esquerdo: 5/5

C7: Extensores do Cotovelo – direito 5/5; esquerdo 5/5

C8: Flexores dos Dedos – direito 5/5, esquerdo 5/5

T1: Abdutores do dedo mínimo – direito 5/5, esquerdo 5/5

### Membros Inferiores a 08/10/2014

L2: Flexores da Coxa – direito: 2/5; esquerdo 2/5

L3: Extensores do Joelho – direito: 2/5; esquerdo 2/5

L4: Dorsiflexores da Tibiotársica – direito: 2/5; esquerdo 2/5

L5: Extensores longos dos dedos do pé – direito: 2/5; esquerdo 2/5

S1: Flexores plantares da tibiotársica – direito: 2/5; esquerdo 2/5

### Membros Inferiores a 17/10/2014

L2: Flexores da Coxa – direito: 3/5; esquerdo 3/5

L3: Extensores do Joelho – direito: 3/5; esquerdo 3/5

L4: Dorsiflexores da Tibiotársica – direito: 3/5; esquerdo 3/5

L5: Extensores longos dos dedos do pé – direito: 3/5; esquerdo 3/5

S1: Flexores plantares da tibiotársica – direito: 3/5; esquerdo 3/5

### Avaliação da sensibilidade de acordo com a escala ASIA a 08/10/2014

	Direita		Esquerda	
	Sensibilidade	Sensibilidade	Sensibilidade	Sensibilidade
	Táctil	Dolorosa	Táctil	Dolorosa
L2	2	2	2	2
L3	2	2	2	2
L4	1	2	0	2
L5	0	2	0	2
S1	0	2	0	2
S2	2	2	1	2
S3	0	2	0	2
S4 – S4	0	2	0	2

### Avaliação Motora de acordo com a escala ASIA a 08/10/2014

	Direita	Esquerda
L2	3	3
L3	3	4
L4	0	0
L5	0	0
S1	1	0

Apresenta esfíncter anal hipotónico com controlo voluntário e sensação

Em conclusão apresenta nível de lesão L2, incompleta, ASIA C

### **Medida de Independência Funcional**

**Data**

**Admissão**

**08/10/2014**

#### **Auto cuidados**

**A** Alimentação 7

**B** Higiene Pessoal 7

**C** Banho (lavar o corpo) 3

**D** Vestir Metade 7  
Superior

**E** Vestir metade 3  
Inferior

**F** Utilização da 2  
sanita

### **Controlo de Esfincteres**

**G** Bexiga 2

**H** Intestino 4

### **Mobilidade**

**I** Transferências: 2  
leito, cadeira,  
cadeira de rodas

**J** Transferências: 2  
sanita

**K** Transferências: 2  
banheira, duche

### **Locomoção**

**L** Marcha/cadeira de 4  
rodas

**M** Escadas 1



4. Nenhuma limitação

### **Exposição à Humidade**

Nível de exposição da pele à humidade 1. Pele constantemente húmida

2. Pele muito húmida

**3. Pele ocasionalmente húmida**

4. Pele raramente húmida

**Actividade** Nível de actividade física

1. Acamado

**2. Sentado**

3. Anda ocasionalmente

4. Anda frequentemente

## **Mobilidade**

Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo

1. Completamente imobilizado

**2. Muito limitada**

3. Ligeiramente limitado

4. Nenhuma limitação

**Nutrição** Alimentação habitual

1. Muito pobre

2. Provavelmente inadequada

3. Adequada

**4. Excelente**

## **Forças de Deslizamento**

1. Problema

**2. Problema potencial**

3. Nenhum problema

**Score Total**                      **16**

**Nível de Risco**                      Médio Risco

### Definição das Variáveis da Escala Quedas de Morse

#### 1. História de Queda:

**Não (zero pontos)** - o doente não caiu nos últimos três meses; **Sim (25 pontos)** - existe registo de queda no presente episódio ou existe história prévia de queda imediatamente antes do episódio.

#### 2. Diagnóstico Secundário:

**Não (zero pontos)** - o doente tem um único diagnóstico; **Sim (15 pontos)** - o doente tem mais que um diagnóstico médico evidenciado no processo clínico.

#### 3. Ajuda na Mobilização:

**Nenhuma/Acamado/Repouso leito (zero pontos)** - o doente anda sempre só com o apoio de terceiros, sozinho e sem apoios na marcha, em cadeira de rodas ou está acamado;

**Bengala/Andarilho/Canadiana (15 pontos)** - o doente anda com ajuda de

bengala, andarilho ou canadianas;

**Próteses (30 pontos)** - o doente utiliza próteses para andar ou apoia-se aos móveis.

#### **4. Terapêutica Endovenosa:**

**Não (zero pontos)** - o doente não tem qualquer acesso a administração de medicação endovenosa;

**Sim (20 pontos)** - o doente tem terapia/acesso endovenoso.

#### **5. Marcha:**

**Zero pontos** - o doente consegue andar com a cabeça direita, balanceia os braços junto ao corpo, passadas largas e sem hesitações;

**10 pontos** - o doente tem marcha lenta com paragens mas com a cabeça levantada. Utiliza passos curtos e pode arrastar os pés;

**20 pontos** - a marcha está comprometida, o doente pode parar, pode ter dificuldade em se levantar da cadeira e necessita de se apoiar nos braços da cadeira e/ou levantar-se com impulso. O doente tem a cabeça em baixo e concentra-se no chão. Agarra-se ao mobiliário, a pessoas ou ajudas de marcha, não conseguindo andar sem ajuda. Os passos são curtos e arrasta os pés.

**Nota:** Se o doente usa Cadeira de rodas a pontuação é atribuída segundo a avaliação feita pela observação na mudança de cadeira de rodas para a cama.

#### **6. Estado Mental:**

**Zero pontos** - o doente tem consciência das suas limitações físicas;

**15 pontos** - o doente não tem consciência das suas limitações ou sobrevaloriza as suas capacidades de mobilização.

## Colheita de dados segundo as atividades de vida

### Atividades de Vida Diária

#### Promover Ambiente Seguro

Calma, consciente, orientada no tempo espaço e pessoa. Habita com o marido num rés-do-chão. O acesso exterior ao prédio tem um pequeno degrau. Atualmente encontra-se a pensar em fazer obras no domicílio, alargar portas, casa de banho com barras de suporte nas paredes e duche, dependendo da sua evolução clínica.

#### Comunicar

Antes do início da doença era comunicativa, atualmente também comunica facilmente, discurso perceptível e coerente. Expressa situações que o preocupam.

#### Respiração e Circulação

Apresenta cansaço a médios esforços. TA: 142/65 mmHg, FC: 80bpm FR: 19cpm, SpO2 98% Até à data fumava cerca de 1/2 maço de cigarros por dia. Na auscultação pulmonar apresenta murmúrios vesiculares mantidos bilaterais sem ruídos adventícios. Usa diariamente meias elásticas. Necessita de ajuda de terceira pessoa para colocar a mesma as mesmas.

#### Alimentar-se

Desconhece alergias a alimentos ou medicamentos. Bom estado nutricional. Sem excesso de Pesa 55 Kg. Atualmente alimenta-se de dieta geral com apetite. Sem alterações da mastigação ou deglutição. Não usa prótese dentária. Independente na preparação dos

alimentos, e a levá-los à boca.

### **Eliminar**

Refere obstipação com necessidade e recorrência a microlax no domicílio. atualmente elimina por sensação, faz avaliação diária do volume residual, apresentando volumes não superiores a 25 ml. Evacua sempre pós treino intestinal com recurso a “bisacodil”.

### **Higiene e Vestuário**

Apresenta higiene cuidada. Antes do internamento realizava os seus cuidados de higiene e vestuário com autonomia. atualmente realiza a sua higiene corporal na casa de banho, transfere-se para a cadeira de banho com auxílio de tábua de transferência.

## Plano de cuidados

Data	Diagnósticos	Intervenções	Avaliação	Data
10/10	Alteração da eliminação vesical relacionada com compromisso medular e com a imobilidade.	Identificar hábitos de eliminação vesical antes do internamento;	Doente algaliada.	10/10
		Avaliação da independência na eliminação vesical (MIF);	Avaliação MIF 2	10/10
		Urina II;		
		Estudo Urodinâmico;	Realizada urina II	10/10
		Desalgaliar;		
		Instruir treino vesical (sensação de bexiga cheia, estímulos para promover a micção espontânea);	Realizado estudo	13/10
		Fazer ensinios sobre estímulos potenciadores de micção espontânea;	Urodinâmico e retirada algália com micção voluntária.	
		Vigiar volume vesical (Ecógrafo) e/ou executar esvaziamentos vesicais periódicos (3/3 horas ou 4/4 horas) consoante volume urinário;	Realizado ensino de auto algaliação e posterior	

		<p>Fazer ensino sobre a técnica executada;</p> <p>Gerir a ingestão de líquidos (não mais de 1500 cc durante o período diurno);</p> <p>Reforço hídrico terapêutico no caso de baixos débitos urinários entre esvaziamentos.</p>	<p>medição dos volumes residuais.</p>	13/10
10/10	<p>Alteração da eliminação intestinal relacionada com compromisso medular e com a imobilidade.</p>	<p>Identificar hábitos de eliminação intestinal antes do internamento;</p> <p>Avaliação da independência na eliminação intestinal (MIF);</p> <p>Executar a técnica de treino intestinal (dieta rica em fibras, estabelecimento de horário para evacuar de preferência após refeição e sempre a mesma hora);</p> <p>Gerir eventual medicação laxante se prescrita;</p> <p>Posicionamento e postura correta no ato da dejeção;</p> <p>Levante;</p> <p>Palpar o abdómen;</p> <p>Auscultar o abdómen;</p>	<p>Realizada colheita de dados</p> <p>Avaliação MIF 4</p> <p>Realizado ensino de treino intestinal</p> <p>Autoaplicação de bisacodil em dias alternados</p>	<p>10/10</p> <p>10/10</p> <p>10/10</p> <p>10/10</p>

		Gerir a ingestão de líquidos.	Avaliação MIF 7	17/10
10/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração da postura e da mobilidade relacionada com compromisso medular e manifestada por diminuição da força muscular e sensibilidade nos membros inferiores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar hábitos antes do internamento;</li> <li>Avaliação da força muscular dos membros (escala de avaliação da força muscular – Escala de Lower 0-5);</li> <li>Avaliar a sensibilidade superficial e profunda;</li> <li>Avaliação do tónus muscular;</li> <li>Avaliar amplitude dos movimentos articulares de todos os segmentos do corpo;</li> <li>Manter o alinhamento dos segmentos corporais;</li> <li>Realizar exercícios de mobilizações ativas assistidas e resistidas dos membros superiores;</li> <li>Realizar exercícios de mobilização passivos e ativos assistidos dos membros inferiores: <ol style="list-style-type: none"> <li>Técnicas de mobilização ao nível coxo femoral com extensão/flexão, adução/abdução e rotação interna/rotação externa;</li> <li>Técnicas de mobilização ao nível do joelho com extensão/flexão;</li> <li>Técnicas de mobilização ao nível da tíbia társica com realização de dorsiflexão/flexão plantar e eversão/inversão;</li> <li>Técnicas de mobilização ao nível dos dedos dos pés com flexão/extensão.</li> </ol> </li> <li>Instruir movimentos de mobilização ativa e de auto mobilização,</li> <li>Instruir o rolar e a ponte;</li> <li>Assistir no posicionamento e auto posicionamento;</li> </ul>	<p>Realizada colheita de dados</p> <p>Aplicação e registo da escala de Lower</p> <p>Aplicação da escala ASIA</p> <p>Realizados ensinios à doente e familiares</p> <p>Instruído treino</p>	<p>10/10</p> <p>10/10</p> <p>10/10</p> <p>10/10</p> <p>10/10</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar levante: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar TA;</li> <li>2. Avaliar FC;</li> <li>3. Meias elásticas;</li> <li>4. Sentar adequadamente na cama;</li> <li>5. Verificar eventual medicação.</li> </ol> </li> </ul>	Reforço de ensino junto de familiares, face ao fim de semana no domicílio	17/10
10/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração das atividades de vida diária associadas ao autocuidado, vestir-se/despir-se relacionada com compromisso medular e manifestada por dependência neste auto cuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado vestuário (MIF);</li> <li>• Providenciar roupa;</li> <li>• Manter privacidade;</li> <li>• Assistir a pessoa no autocuidado vestuário;</li> <li>• Adequar o uso de roupas de fácil utilização;</li> <li>• Orientar para o vestir e despir;</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias adaptativas do autocuidado vestuário.</li> </ul>	Avaliação MIF 7 parte superior e 3 inferior  Realizado ensino  Instruído treino   Reavaliação MIF 7 parte superior e 7 parte inferior	10/10   10/10  10/10  17/10
10/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene corporal e integridade da pele prejudicada com a diminuição da força muscular e sensibilidade dos membros inferiores, manifestada por dependência neste auto cuidado e prevenção de eventual aparecimento de úlcera de pressão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o auto cuidado: higiene e banho (MIF);</li> <li>• Providenciar material para o auto cuidado higiene;</li> <li>• Posicionar e/ou auxiliar nos auto posicionamentos;</li> <li>• Levante para cadeira higiénica;</li> <li>• Banho no WC;</li> <li>• Ensino e estratégias para o autocuidado;</li> <li>• Monitorizar a tolerância;</li> <li>• Monitorizar o risco de úlcera de pressão (aplicação da Escala de Braden);</li> <li>• Alternância de decúbitos (2/2 horas);</li> <li>• Vigilância da pele.</li> </ul>	Avaliação MIF 7 higiene pessoal e 3 banho  Realizado ensino  Instruído treino   Aplicação escala Braden	10/10  10/10  10/10  10/10

			Reavaliação MIF 7 higiene pessoal e 7 banho	13/10
10/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração da postura e mobilidade relacionada com compromisso medular manifestada por dependência no processo de transferência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o autocuidado: transferir-se (Leito/ cadeira de rodas, sanita, cadeira de banho) (MIF);</li> <li>Assistir a pessoa no processo de transferência;</li> <li>Gerir os meios auxiliares para a transferência;</li> <li>Providenciar o material necessário (cadeira de rodas e almofada anti escaras);</li> <li>Instruir sobre as técnicas de transferência e avaliar o risco das mesmas (Escala de Morse).</li> </ul>	Avaliação MIF 2  Realizado ensino Instruído treino Aplicação escala de Morse  Reavaliação MIF 4	10/10  10/10 10/10 10/10  17/10
10/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração da postura e mobilidade relacionada com compromisso medular manifestada por dependência no processo de sentar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o autocuidado: sentar-se (MIF);</li> <li>Assistir a pessoa no autocuidado sentar-se;</li> <li>Estimular o autocuidado sentar-se;</li> <li>Treinar o sentar e levantar;</li> <li>Elogiar os progressos.</li> </ul>	Avaliação MIF 2  Realizado ensino Instruído treino Reavaliação MIF 4	10/10  10/10 10/10 13/10
10/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração da postura e mobilidade relacionada com compromisso medular manifestada por dependência no processo de utilização do sanitário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar ida ao sanitário (MIF);</li> <li>Gerir ambiente físico;</li> <li>Motivar a pessoa para o autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>Informar a pessoa sobre a importância do uso do sanitário.</li> </ul>	Avaliação MIF 2  Realizado ensino Instruído treino	10/10  10/10 10/10

			Reavaliação MIF 4	17/10
10/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração da postura e mobilidade relacionada com compromisso medular manifestada por dependência total na marcha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o treino de marcha (MIF);</li> <li>Ensinar, instruir e treinar técnicas de posicionamento (correção postural – usar espelho quadriculado);</li> <li>Executar técnicas de exercício e fortalecimento, tonificação musculares e articulares (exercícios isométricos, rolar e ponte);</li> <li>Avaliar equilíbrio estático e dinâmico em posição de pé;</li> <li>Vigiar equilíbrio estático;</li> <li>Instruir e treinar a marcha (andarrilho inicialmente).</li> </ul>	<p>Avaliação MIF 4</p> <p>Realizado ensino</p> <p>Instruído treino</p> <p>Apresenta equilíbrio sentado estático e dinâmico estáveis. Equilíbrio em pé estático eficaz, dinâmico impossível.</p> <p>Reavaliação MIF 7</p>	<p>10/10</p> <p>10/10</p> <p>10/10</p> <p>17/10</p>
10/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risco de menor expansão torácica e consequente diminuição das trocas gasosas, por longo período acamado, e por ser ex-fumador;</li> <li>Cansaço a médios esforços;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar exercícios de dissociação dos tempos respiratórios com e sem resistência;</li> <li>Realizar exercícios de reeducação abdomino diafragmática com maior ênfase no tempo inspiratório;</li> <li>Realizar exercícios de reeducação costal;</li> <li>Monitorizar SpO2 e Frequência Respiratória;</li> <li>Monitorizar tolerância ao esforço.</li> </ul>	<p>Realizado ensino e treino de reeducação abdomino diafragmática.</p> <p>Durante o internamento na enfermaria foi possível a abolição total do tabaco.</p>	<p>17/10</p> <p>13/10</p> <p>17/10</p>

			Sendo um risco potencial não foram evidenciados sinais de ansiedade e/ou dificuldade respiratória.	17/10
--	--	--	--	-------

## REFLEXÃO CRÍTICA DOS CUIDADOS IMPLEMENTADOS E DA EVOLUÇÃO DO UTENTE

Desde que comecei a prestar cuidados a esta pessoa foi surgindo na minha mente um plano de atuação, sendo que tudo começou com a leitura do processo do doente e posteriormente a sua avaliação. Esta avaliação nem sempre é feita de forma formal, todo o contacto que temos com a pessoa permite colher uma série de informações úteis sobre a sua situação clínica. Há momentos de avaliação menos formais tais como na higiene, a alimentação, ou uma simples conversa.

O facto de ter realizado a sua entrada e socialização ao serviço permitiu realizar uma avaliação cuidada e verificar a evolução durante o seu internamento.

Foi para mim uma mais-valia ter podido acompanhar o utente durante duas semanas, e verificar a boa evolução do mesmo, ao longo dos dias foi notória a melhoria da autonomia. Foi também muito gratificante poder fazer os ensinamentos à família e esclarecer as suas dúvidas, de forma a proporcionar melhoria da qualidade de vida.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação visam motivar o doente para a sua recuperação, assim como, ensinar e treinar o auto cuidado, e prevenir complicações, nomeadamente, a nível respiratório, integridade cutânea e eliminação vesical e intestinal. É importante, manter a função articular e muscular, prevenir o surgimento/controlar a espasticidade.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são fundamentais desde a fase aguda até à fase de sequelas. Instruir e munir a pessoas e seus cuidadores de ferramentas e conhecimentos capazes de manter qualidade de vida, prevenir complicações para a vida futura é a chave de uma adaptação bem sucedida.

O programa de reabilitação deve ser elaborado de forma personalizada a partir dos dados do utente como sejam o estado geral e a sua avaliação e história clínica, não esquecendo de validar as intervenções com o próprio utente, uma vez que este tem um papel ativo na sua reabilitação.

Pude notar que a quantidade de informação dada e ensinamentos feitos à utente e família, deve ser faseada. Se for dada muita informação de uma só vez, esta perde-se, as pessoas ficam confusas e mais assustadas. Gostaria de ainda de fazer uma pequena abordagem sobre algumas atividades do que planeei e realizei:

- Quando elaborei o plano de cuidados levantei o potencial problema na respiração, pois estamos presentes de um síndrome restritivo, mas também um potencial síndrome obstrutivo, pelos antecedentes tabágicos do utente. Evitar que surjam complicações do foro respiratório é uma incumbência do enfermeiro de reabilitação;
- Embora não esteja explícito no plano de cuidados, o utente irá sempre necessitar da ajuda técnica de cadeira de banho, para realizar a sua higiene no domicílio;
- Outro ensino prestado ao utente e família que não está explícito no plano de cuidado diz respeito à avaliação da temperatura da água. Esta deve ser feita no membro superior, ou qualquer local superior à lesão, devido às alterações de sensibilidade que o utente apresenta;
- Para melhor quantificar o grau de funcionalidade da utente foi usada a Medida de Independência Funcional pois parece-me ser um instrumento de avaliação bastante completo. De acordo com os registos de enfermagem, a utente apresentava uma MIF à data presente do meu ensino clínico de 136, sendo visíveis as melhorias do utente:

<b>Data</b>	<b>Admissão</b>
	<b>17/10/2014</b>
<b>Auto cuidados</b>	
<b>A</b>	Alimentação 7
<b>B</b>	Higiene Pessoal 7
<b>C</b>	Banho (lavar o corpo) 7
<b>D</b>	Vestir Metade Superior 7
<b>E</b>	Vestir metade Inferior 7
<b>F</b>	Utilização da sanita 4

**Controlo de Esfíncteres**

<b>G</b>	Bexiga	6
<b>H</b>	Intestino	6

**Mobilidade**

<b>I</b>	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas	4
<b>J</b>	Transferências: sanita	4
<b>K</b>	Transferências: banheira, duche	4

**Locomoção**

<b>L</b>	Marcha/cadeira de rodas	7
<b>M</b>	Escadas	1

**Comunicação**

<b>N</b>	Compreensão	7
<b>O</b>	Expressão	7

**Cognição Social**

<b>P</b>	Interação social	7
<b>Q</b>	Resolução de Problemas	7
<b>R</b>	Memória	7

**Total** **136**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com este trabalho consegui aliar conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas à prática clínica. O estudo de caso foi uma excelente oportunidade de desenvolvimento de novas competências técnicas, científicas e relacionais. O estudo

de um caso real, ou melhor, de uma pessoa real, com uma história de vida própria e características únicas.

Gostaria ainda de referir que nem sempre a evolução da recuperação de uma pessoa com lesão medular. Motivar o utente e cuidadores a percorrer o caminho da reabilitação ajuda-os a adquirir uma melhor qualidade de vida e reinserção social. Há uma necessidade constante de adaptação à pessoa, e, também, às condições disponíveis na comunidade.

Considero que através da realização de um plano de intervenção personalizado chego à individualidade do utente em estudo, e este, foi o meu propósito com esta apresentação.

Esta vivencia permitiu-me constatar grandes diferenças na forma como estas pessoas encaram as suas limitações físicas e como perspetivar o futuro.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Correia, P. Pascoal, A. (2010). Parte II Sistema Nervoso. *Aparelho Locomotor – Anatomia dos Sistemas Nervoso, Osteoarticular e Muscular*. 1º Volume. Cruz Quebrada: FMH edições. ISBN: 978-972-735-172-5

Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2009). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem À Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros*, 1(2).

Hoeman, S.P. (1996). *Enfermagem de Reabilitação – aplicação e processo*. Lusociência, 2ª edição.


Henriques, F. (2004). *Paraplegia: Percursos de adaptação e qualidade de vida*. Formasau. ISBN: 972-8485-39-5

Phipps, W.; Long, B.; Woods, N.; Cassmeyer, V. (1999). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*, 2 (1).



## **APÊNDICE IX – ESTUDO DE CASO DO ENSINO CLÍNICO 4 E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO**



 <p><b>5º Curso de Mestrado em Enfermagem</b></p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Reabilitação</i></p>	Ensino Clínico 4
	Estudante – João Alves Docente – Vanda Marques Pinto
	<p><b>Contextualização do Ensino Clínico</b></p> <p><b>4</b></p> <p><b>Consultas de avaliação de necessidades permanentes de pensionistas (pessoa com grave incapacidade adquirida)</b></p>

### **CANPP** (Consultas de avaliação de necessidades permanentes de pensionistas)

A CANPP tem como objetivo fazer o levantamento das necessidades clínicas existentes e definir corretamente os nexos causais entre os consumos e o acidente de trabalho. Pretende-se ainda que sirvam para documentar o processo o mais possível, no sentido de se ficar a conhecer os antecedentes clínicos, as necessidades e os riscos futuros, bem como elaborar um plano anual de necessidades.

#### Critério clínico de encaminhamento para CANPP

- Pessoa com Lesão Vertebral Medular (paraplegia e tetraplegia adquirida)
- Pessoa com Traumatismo Crânio Encefálico com incapacidade adquirida
- Pessoa com Amputações Major (Grandes amputações dos membros)

A CANPP deverá ser marcada pelo apoio administrativo dos referidos Pólos Médico Legais, após consulta de Avaliação do Dano.

Quando os processos são sinalizados é identificado e avaliado o enquadramento socioeconómico através da recolha de informação disponível sobre a pessoa. Refere-se que cada caso é um caso, com particularidades e enquadramentos muito

específicos, pelo que a análise é efetuada com base na informação disponível, no entanto existe por vezes necessidade de complementar com a recolha de informação direta com a pessoa.

#### 1 – Adaptação do domicílio às condicionantes funcionais da pessoa

Na sequência de um acidente de trabalho as lesões são, por vezes, graves e como consequência originam situações de dificuldade de mobilidade/acessibilidade, assim como a intervenção no âmbito das ajudas técnicas, como também na readaptação da habitação e conseqüente eliminação de barreiras arquitetónicas, conforme legislado a 8 de Agosto de 2006 (Decreto Lei nº 163/2006, Regime das Acessibilidades).

#### 2 – Reintegração profissional da pessoa com incapacidade adquirida

As entidades patronais são sensibilizadas, para a necessidade de reintegração profissional das pessoas com incapacidade adquirida. Realizadas parcerias com instituições vocacionadas para a formação/reintegração, ou de avaliação para retorno a atividade laboral, no qual diz respeito às acessibilidades e eventuais adaptações a nível profissional, e outros organismos prestadores de serviços de apoio.

#### 3 – Necessidade de 3ª pessoa

Quando é detetada a necessidade de ajuda de terceiros no âmbito das lesões sofridas no acidente de trabalho. É efetuado estudo de processo. Relativamente ao processo de integração em lar/serviço de apoio domiciliário é primariamente efetuado o diagnóstico social em articulação com a situação clínica da pessoa. É feito o levantamento dos recursos existentes em determinada zona geográfica e a respetiva articulação com os serviços da comunidade.

#### 4 – Estudo/análise de processos para identificação das necessidades de assistência vitalícia

Os pedidos de estudo de assistência vitalícia são solicitadas por tribunal de trabalho, equipa de reembolsos e áreas comerciais, e também no âmbito de processos de


regresso ao país de origem. É realizado estudo de processo colocando-se em análise as ajudas técnicas necessárias, necessidade de reabilitação física, transportes especiais, suplemento de terceira pessoa, consultas de especialidade, consumíveis, medicamentos, outras despesas...

#### 5 – Regresso de emigrantes ao país de origem

Os emigrantes que se encontram a desempenhar uma atividade profissional no nosso país, e que sofreram um acidente de trabalho, ficam numa situação de dupla fragilidade social. Para colmatar esta situação, é prestado apoio no regresso ao país de origem, quando por este solicitado.

#### 6 – Acompanhamento das altas clínicas

O apoio às altas clínicas é prestado com o objetivo de diminuir o tempo de internamento por questões sociais, podendo mesmo proceder-se a visitas hospitalares.

 <p><b>5º Curso de Mestrado em Enfermagem</b> <i>Área de Especialização em Enfermagem Reabilitação</i></p>	Ensino Clínico 4
	Estudante – João Alves Docente – Vanda Marques Pinto
	<b>Estudo de Caso da pessoa com incapacidade adquirida em acidente de trabalho com previsão de alta.</b>

#### **CONSULTA (CANNP) xx/xx/2015**

Realizada na presença de Médico Clínica Geral, Médico Fisiatra, Assistente Social e Enfermeiro (aluno em estágio).

N.J.A.C., acompanhado pela esposa, 37 anos de idade à data do acidente de trabalho ocorrido em xx/xx/2013, que de acordo com o Relatório de Averiguação ocorreu do seguinte modo “conduzia o veículo no Caminho do Pereiro com o sentido

e marcha norte/sul e em direção à Serralharia do Outeiro (Ponta Delgada – Açores) e em execução das suas funções profissionais, pois havia realizado a entrega de mercadoria na morada de um cliente. Foi embatido frontalmente por um veículo que circulava em sentido de marcha oposto ao seu, no momento em que este realizava uma ultrapassagem a um veículo estacionado”.

Do referido acidente de trabalho resultou (informação clínica resultante da pesquisa dos diários clínicos fornecidos pelas entidades hospitalares):

- Traumatismo vertebro medular a nível C3-C6 com tetraplegia imediata, incompleta ASIA D.

Recebeu os primeiros tratamentos no Hospital Divino Espírito Santo, onde esteve internado no Serviço de Neurocirurgia, a efetuar tratamento conservador, fisioterapia e cinesioterapia.

Antecedentes pessoais de hepatite C, diagnosticada há 15 anos.

Observado no Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão.

- Quadro neuro-motor de tetraplegia ASIA D com NN C5, com nível sensitivo C5 à direita e C6 à esquerda;
- Força muscular grau 1 nos membros inferiores;
- Algaliado em drenagem contínua;
- Não controlava esfíncter anal (sentia a passagem das fezes);
- Pele com úlcera de pressão grau 3 no calcanhar esquerdo;
- Totalmente dependente em atividades de vida diária.

Esteve internado no Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão durante 4 meses. Submetido a programa de reabilitação na enfermaria e em diversas Unidades Terapêuticas. Intervenção pela Cirurgia plástica no sentido da cicatrização do revestimento cutâneo.

Durante o internamento houve uma melhoria significativa da força muscular global, ganhando progressivamente independência funcional em diversas atividades de vida

diária – alimentação, escrita, uso do telemóvel e do computador. À direita fazia preensões finas com opondência ao 1º e 2º dedos e à esquerda tem mais dificuldade nas preensões. O equilíbrio era eficaz sentado e em pé estático, não assumindo sozinho a posição de pé, mas conseguia fazê-lo entre barras. Conseguiu a funcionalidade de marcha com andarilho e ajuda de uma pessoa, com melhor transferência de peso entre membros e recrutando melhor os flexores da anca para curtas/médias distâncias.

Após estudo urodinâmico deu-se início ao treino vesical com esvaziamento por 3ª pessoa e pontualmente teve micções espontâneas com urgência, pequeno volume. Por se verificarem infeções urinárias de repetição (urina com sedimento e perdas urinárias nos intervalos dos esvaziamentos) repetiu ecografias renal e vesical que revelou cálculo vesical com 1,9cm. A Seguradora orientou o sinistrado para uma consulta de Urologia no Hospital dos Lusíadas sendo intervencionado, realizada cistolitotomia endoscópica, sem intercorrências.

Foi avaliado e orientado em consulta de disfunção sexual neurogénea e dadas orientações consideradas necessárias. Tinha indicação para tomar Cialis, 5mg em SOS 1 a 2 vezes/semana.

À data da alta do Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão encontrava-se:

- Quadro neuro-motor de tetraplegia ASIA D com NN C6, com nível motor C6, nível sensitivo por C7. Força muscular dos flexores do cotovelo (grau 4 à esquerda e grau 5 à direita), Força muscular mantida dos dois terços dos extensores do punho e extensores do cotovelo e flexores dos dedos. Força muscular dos flexores da anca e extensores do joelho bilateralmente (grau 3), Força muscular dos dorsiflexores (grau 2), Força muscular mantida nos extensores dos dedos e flexores plantares;
- Tónus muscular grau 1+ nos membros inferiores;
- Treino vesical com auto-algaliações/esvaziamentos feitos por 3.ª pessoa de 4/4 horas e com algália no período nocturno. Ainda com volumes altos durante a noite;
- Treino intestinal com medicação (com sensação de passagem das fezes), sem perdas, mas não coloca supositório;

- Dependente nas atividades de vida diária. Conseguia alimentar-se sozinho com efeito de tenodesis do punho e dedos, não necessitando de ajuda para fraccionar os alimentos. Necessitava de ajuda no vestuário, banho, nas transferências e no posicionamento dos membros inferiores e preparação de material para algália;
- Auto mobilização em cadeira de rodas elétrica.

Dos exames complementares de diagnóstico há a referir:

- Ressonância magnética cervico-dorsal: visualizados os segmentos vertebrais de C1 a D8...lesões degenerativas graves a nível do disco C5-C6 e mais moderadamente em C3-C4 e C4-C5, condicionando um canal estenótico cervical grave a este nível com contusão medular e edema da espinal medula aos três níveis referenciados. Conclusão: Canal estenótico cervical mielopático de C3 a C6 com contusão da espinal medula a esse nível, com focos de mielomalacia e edema medular.
- ECG: ritmo sinusal, FC 64 bpm, bloqueio de ramo direito, hipertrofia do ventrículo esquerdo com alterações inespecíficas da repolarização ventricular.
- Estudo urodinâmico da bexiga de normo capacidade, sem evidência de hiperactividade do detrusor e de baixa compliance. Sensibilidade proprioceptiva indirecta. Sem perdas urinárias ou micção voluntária. Pressão uretral normal.
- Ecografia renal e vesical: Rins de topografia habitual, dimensões mantidas, contornos regulares, boa diferenciação parênquima-complexo central e índice cortical mantido. Nos cortes ecotomográficos obtidos não se documentaram imagens categóricas de litíase e/ou hidronefrose bilateralmente. Microlitíase bilateral. Bexiga em incompleta repleção (80cc), sem evidência de cálculos de dimensões apreciáveis. Balão de algália.
- Ecografia renal e vesical: Rins de topografia habitual, dimensões mantidas, contornos regulares, boa diferenciação parênquima-complexo central e índice cortical mantido. Nos cortes ecotomográficos não se documentaram imagens categóricas de litíase e/ou hidronefrose bilateralmente. Microlitíase bilateral. Bexiga em favorável repleção (cerca de 120cc), de paredes ligeiramente espessadas. Cálculo laminar com cerca de 1,9cm com cone de sombra posterior. Balão de algália.
- Provas de função respiratória: Alteração ventilatória restritiva ligeira por critérios espirométricos. Diminuição da pressão expiratória máxima.

- Provas de função respiratória: Alteração ventilatória restritiva ligeira por critérios espirométricos. Elevação da posição média respiratória.

## Plano de Gestão de Cuidados

Após cuidada avaliação foi realizada a documentação do processo clínico no sentido de se ficar a conhecer os antecedentes clínicos, as necessidades e os riscos futuros da pessoa e família, bem como a elaboração de um plano anual de necessidades que permita gerir o processo pró ativamente. Este plano é realizado em simultâneo pelo médico fisiatra, enfermeiro de reabilitação (estudante) e pela assistente social.

## Aplicação de escalas

### Escala de ASHWORTH Modificada

0	Nenhum aumento do tônus muscular;
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (ADM), quando a região é movida em flexão ou extensão;
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante;
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil;
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

## Avaliação Motora dos Músculos Chave, de acordo com a Escala de Lower

C5: Flexores do Cotovelo – direito: 4/5; esquerdo: 5/5  
 C6: Extensores do Punho – direito 5/5; esquerdo: 5/5  
 C7: Extensores do Cotovelo – direito 5/5; esquerdo 5/5  
 C8: Flexores dos Dedos – direito 5/5, esquerdo 5/5  
 T1: Abdutores do dedo mínimo – direito 5/5, esquerdo 5/5

L2: Flexores da Coxa – direito: 3/5; esquerdo 3/5  
 L3: Extensores do Joelho – direito: 3/5; esquerdo 3/5  
 L4: Dorsiflexores da Tibiotársica – direito: 2/5; esquerdo 2/5

L5: Extensores longos dos dedos do pé – direito: 2/5; esquerdo 2/5

S1: Flexores plantares da tibiotársica – direito: 2/5; esquerdo 2/5

## Medida de Independência Funcional

Data	xx/xx/20xx		
<b>Auto cuidados</b>			
A	Alimentação		3
B	Higiene Pessoal		3
C	Banho (lavar o corpo)		3
D	Vestir Superior	Metade	3
E	Vestir Inferior	metade	3
F	Utilização sanitária	da	3
<b>Controlo de Esfíncteres</b>			
G	Bexiga		4
H	Intestino		3
<b>Mobilidade</b>			
I	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas		4
J	Transferências: sanitária		4
K	Transferências: banheira, duche		4
<b>Locomoção</b>			
L	Marcha/cadeira de rodas		4
M	Escadas		1
<b>Comunicação</b>			
N	Compreensão		7
O	Expressão		7
<b>Cognição Social</b>			
P	Interação social		7
Q	Resolução de Problemas	de	7
R	Memória		7
<b>Total</b>			<b>74</b>

## Risco de Desenvolvimento de Úlcera de Pressão Escala de Braden

### Percepção Sensorial

Capacidade de reacção significativa ao desconforto

1. Completamente limitada

**2. Muito limitada**

3. Ligeiramente limitada

4. Nenhuma limitação

### Exposição à Humidade

Nível de exposição da pele à humidade

1. Pele constantemente húmida

2. Pele muito húmida

**3. Pele ocasionalmente húmida**

4. Pele raramente húmida

**Actividade** Nível de actividade física

1. Acamado

**2. Sentado**

3. Anda ocasionalmente

4. Anda frequentemente

**Mobilidade**

Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo

1. Completamente imobilizado

**2. Muito limitada**

3. Ligeiramente limitado

4. Nenhuma limitação

**Nutrição** Alimentação habitual

1. Muito pobre

2. Provavelmente inadequada

**3. Adequada**

4. Excelente

**Forças de Deslizamento**

1. Problema

**2. Problema potencial**

3. Nenhum problema

**Score Total**

**14**

**Nível de Risco**

Médio Risco

**Atividades de Vida Diária (Colheita de dados e avaliação)**

**Promover Ambiente Seguro**

Entrevista com a pessoa e família com a devida autorização das mesmas. Calmo, consciente, orientado no tempo espaço e pessoa. Habita com a esposa num rés-do-chão. No acesso exterior ao prédio, este apresenta 2 pequenos degraus. Atualmente encontra-se já a realizar obras no domicílio, alargar portas, casa de banho com barras de suporte nas paredes e duche.

**Comunicar**

Avaliado o conhecimento que a pessoa tem do seu estado clínico, revelando estar ciente do seu estado geral e das suas incapacidades e desvantagens. Comunicativo, discurso perceptível e coerente. Expressas situações que o preocupam.

**Respiração e Circulação**

Apresenta cansaço a médios esforços. Tensão Arterial: 132/65 mmHg, Pulso: 70bpm Frequência Respiratória: 19 ciclos, SpO2 98% Até à data fumava cerca de 2 maços de cigarros por dia. Na auscultação pulmonar apresenta murmúrios vesiculares mantidos bilaterais sem ruídos adventícios. Usa diariamente meias elásticas. Necessita de ajuda de terceira pessoa para colocar as mesmas.

**Alimentar-se**

Desconhece alergias a alimentos ou medicamentos. Bom estado nutricional. Alimenta-se de dieta geral com apetite. Sem alterações da mastigação ou deglutição. Independente na preparação dos alimentos, e a levá-los à boca.

**Eliminação vesical e intestinal**

Atualmente elimina por sensação, faz avaliação diária do volume residual, apresentando volumes não superiores a 25 ml. Evacua sempre pós treino intestinal com recurso a “bisacodil”.

**Higiene e Vestuário**

Apresenta higiene cuidada. Atualmente realiza a sua higiene corporal na casa de banho.

Análise dos dados e formulação de diagnósticos de enfermagem	Estabelecer metas e planos de cuidados
Identificar as alterações temporárias ou permanentes; Identificar as necessidades de aprendizagem da pessoa, família e demais cuidadores; Identificar potenciais dificuldades na reintegração à comunidade; Considerar a história profissional para reencaminhar de volta a atividade laboral.	Estabelecimento de metas para alcançar os resultados ideais para a pessoa; Cooperar com a pessoa e família a identificar variáveis que possam influenciar a realização de objetivos; Cooperar com a pessoa e família a atingir os objetivos propostos; Estabelecer prazos para o cumprimento dos objetivos.

Conclusão de Cuidados: (1) A pessoa necessita de cuidados diretos ao longo da sua vida.

Finalidade	Calendarização	Custos	Comentários
A pessoa tem direito a cuidados diretos assim como aos tratamentos prescritos nas consultas efetuadas.	Consultas de avaliação bi anuais sendo de ponderar alteração quando se denotar estabilização das lesões adquiridas assim como a assimilação dos ensinios efetuados à pessoa e família.	Os inerentes são atribuíveis à Seguradora e nunca à pessoa.	<p>É facultado à pessoa prestadores de serviços com os quais existe protocolo com a Seguradora.</p> <p>Facultada linha direta telefónica para questões pontuais.</p> <p>Visitação domiciliária.</p>

Conclusão de Cuidados: (2) A pessoa necessita de medicamentos ao longo da sua vida.

Prescrição	Finalidade	Custos	Comentários
Omeprazol 20mg em jejum	Protetor gástrico	Os inerentes são atribuíveis à Seguradora e nunca à pessoa.	É facultado à pessoa no domicílio.
Baclofeno 20mg (1 cp de 8/8horas)	Relaxante muscular		
Bisacodilo (1 supositório em dias alternados)	Prevenção de obstipação		
Lactulose (15cc/dia)	Prevenção de obstipação		
Paracetamol	Analgésico		

<p>(1 gr em SOS)</p> <p>Captopril 25mg (SOS se TA &gt; 170/90 mmHg)</p> <p>Vitamina C (1cp ao almoço)</p> <p>Cialis 5mg em SOS (máx 2x/semana)</p>	<p>Anti hipertensor</p> <p>Complexo vitamínico</p> <p>Tratamento da disfunção eréctil</p>	<p>Os inerentes são atribuíveis à Seguradora e nunca à pessoa.</p>	<p>É facultado à pessoa no domicílio.</p>
--	---	--	---

<p>Conclusão de Cuidados: (3) A pessoa necessita de acompanhamento pela equipa multidisciplinar ao longo da sua vida.</p>			
Cuidados	Finalidade	Custos	Comentários
<p>Avaliação pela Medicina Física e Reabilitação</p> <p>Avaliação pela especialidade de Ortopedia</p> <p>Avaliação pela especialidade de Urologia</p>	<p>Prevenir complicações</p> <p>Promover/manter a função</p> <p>Ajustar medicação</p> <p>Prevenir complicações</p> <p>Consulta de disfunção sexual neurogenia</p>	<p>Os inerentes são atribuíveis à Seguradora e nunca à pessoa.</p>	<p>Anualmente</p> <p>Anualmente de 2 em 2 anos</p> <p>Anualmente de 2 em 2 anos</p>

<p>Avaliação pela especialidade de Psicologia</p> <p>Avaliação em âmbito de CANNP</p> <p>(Consulta médica e de Enfermagem)</p>	<p>Gestão do stress, promoção de um ambiente saudável para a continuidade de cuidados</p> <p>Planear, organizar, coordenar e monitorizar serviços e recursos para responder as necessidades de cuidados</p> <p>Ajustar prescrições terapêuticas</p>		<p>Consultas de avaliação anuais sendo de ponderar alteração quando se denotar estabilização das lesões adquiridas assim como a assimilação dos ensinamentos efetuados pela pessoa e família.</p>
--	---	--	---

<p>Conclusão de Cuidados: (4) A pessoa necessita de ajudas técnicas ao longo da sua vida.</p>			
Equipamento	Finalidade	Custos	Comentários
<p>Cadeira de rodas mecânica (Classe UL)</p> <p>Cadeira de rodas elétrica (adaptação de cadeira parqueada)</p> <p>Tabuleiro para cadeira de rodas</p> <p>Almofada anti escara de alvéolos</p> <p>Calcanheiras anti-</p>	<p>Mobilidade em casa e na comunidade</p> <p>Mobilidade para maiores distâncias</p>	<p>Os inerentes são atribuíveis à Seguradora e nunca à pessoa.</p>	<p>Substituição de 5 em 5 anos</p> <p>Substituição de 10 em 10 anos</p>

escaras em gel (um par)  Almofadas para posicionamento no leito (3 grandes e duas pequenas)  Colchão anti-escaras individual	Prevenir complicações ao nível do tecido cutâneo		Anualmente
--	--	--	------------

Conclusão de Cuidados: (5) A pessoa necessita de consumíveis para cuidados permanentes ao longo da sua vida.			
Equipamento	Finalidade	Custos	Comentários
Sondas, algálias e sacos coletores  Compressas esterilizadas, Soro Fisiológico  Meias elásticas de compressão  Faixa de contenção abdominal  Fraldas/Cueca descartável  Cremes/Loções hidratantes	Material para dar continuidade ao treino vesical  Promover/manter a função  Ajustar medicação  Prevenir complicações	Os inerentes são atribuíveis à Seguradora e nunca à pessoa.	

Conclusão de Cuidados: (6) A pessoa necessita de obras para readaptação ao seu domicílio.	
Equipamento	Comentários
<p>Cadeira de banho giratória com almofada antiácida (para permitir utilizar banheira);</p> <p>Cama elétrica de casal articulada só de um lado;</p> <p>Desmontagem de bacia lavatório incluindo armário e posterior fornecimento e aplicação de poleias pneumáticas, lavatório, torneira misturadora de braço, válvula para bacia e tubo de descarga;</p> <p>Desmontagem de bidé e reparação dos orifícios originado pela colocação do mesmo;</p> <p>Fornecimento e montagem de rampa de acesso a entrada do prédio, entradas e saídas de acordo com a legislação.</p>	<p>Após uma avaliação e de acordo com as necessidades evidenciadas pela pessoa foi realizado o devido ajuste e readaptação do domicílio no seu interior assim como exterior (acessos)</p> <p>(Decreto-Lei nº 163/2006, de 8 de Agosto - Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais)</p>

Conclusão de Cuidados: (7) A pessoa com transição saudável como processo de mudança e sua consciencialização.	
Problema	Intervenções
<p>Inerente a todo este processo a transição saúde/doença vivenciada pela pessoa, no momento de passagem de uma condição para outra, conduz a alterações que afetam a qualidade de vida. Os enfermeiros desempenham assim, um papel importante na gestão da doença crónica, na manutenção</p>	<p>Para direcionar os cuidados de enfermagem à pessoa e família é importante identificar o tipo de transição ou transições que a pessoa está a vivenciar para que, posteriormente se possa operacionalizar um plano de cuidados adequado às suas necessidades;</p>

<p>da adaptação do doente e na criação de estratégias de readaptação, sendo um importante recurso mobilizador, facilitador e estimulador para a promoção da saúde.</p> <p>A vida das pessoas com incapacidade adquirida tem sido dominada pelo discurso biomédico, cuja influência neste processo de reconfiguração identitária/readaptação é inegável. No caso das pessoas com lesão vertebro medular, tal influência é ainda mais marcante tendo em conta as recorrentes complicações de saúde que reposicionam a pessoa com lesão vertebro medular ciclicamente na posição de paciente.</p>	<p>A área de enfermagem vai incidir nas respostas de saúde e doença à transição, definindo o enfermeiro estratégias de prevenção, promoção e intervenção para ajudar a pessoa no seu processo de transição, promovendo-se uma transição saudável;</p> <p>Relativamente aos familiares, estes vivenciam simultaneamente uma transição uma vez que se verificam tanto na pessoa como na família e a pessoa não existe isolada do seu contexto familiar e simultâneas considerando que ocorrem ao mesmo tempo e se correlacionam.</p>
--	--


<p>Conclusão de Cuidados: (8) A pessoa e a reintegração na comunidade.</p>	
<p>Problema</p>	<p>Intervenções</p>
<p>Inerente a todo este processo o receio do</p>	<p>Otimizar o princípio da Reabilitação para promoção de ótimos resultados para a pessoa;</p> <p>Coordenação do plano de alta com a equipa de saúde e prestadores de serviços;</p> <p>Recomendação e coordenação de serviços de apoio assim como instituições sociais;</p> <p>Cooperar na seleção e organização consciente e rentável, dos equipamentos e serviços comunitários de qualidade;</p> <p>Apoiar a pessoa e família a antecipar as necessidades e fazer planos para o regresso à</p>

<p>regresso ao domicílio e à comunidade</p>	<p>comunidade;</p> <p>Coordenar instruções e aconselhamentos com base nas necessidades de aprendizagem identificadas;</p> <p>Promoção e funcionamento ideal e prevenção de complicações;</p> <p>Garantir que o financiamento está disponível para os serviços através de fonte de referência ou de outros recursos;</p> <p>Avaliação do custo benefício do uso de equipamentos médicos, materiais, medicamentos e toda a gama de serviços pela pessoa e família.</p>
---	--



## **APÊNDICE X – PROCESSO DE ENFERMAGEM ENSINO CLÍNICO 2**



 <p><b>5º Curso de Mestrado em Enfermagem</b></p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Reabilitação</i></p>	UCC Cacém Care
	Estudante – João Alves
	Docente – Vanda Marques Pinto
	<b>Processo de Enfermagem</b>

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Irei apresentar o caso do utente que segui para a elaboração do presente trabalho. Será primeiramente abordado a colheita de dados do utente, de seguida o plano de cuidados personalizado e por fim uma reflexão sobre os cuidados prestados e evolução do doente.

### Identificação

Doente do sexo feminino, 30 anos, natural de Cabo Verde, residente no Cacem, com o marido e filha no domicílio.

### História da Doença Actual

A C.F. tem 30 anos, casada e mãe de uma filha de 4 anos. Sem emprego fixo realizava trabalhos domésticos ao domicílio. Em 2012 é diagnosticado carcinoma neuro endócrino do Pulmão com metastização disseminada ao nível dos ovários, gânglios abdominais e peritoneais, hepático e do sistema nervoso central. Lesão lítica ao nível de L1 L2 com instalação de paraplegia incompleta flácida sensitivo-motora. Seguida no IPO (Instituto português de Oncologia) em Lisboa até a presente data, não foi intervencionada cirurgicamente, realizando quimioterapia e radioterapia paliativa.

### Antecedentes Pessoais

- Hipertensão arterial.

### **Medicação em Ambulatório:**

Morfina, Fentanilo, Levetiracetam, Esomeprazole, Dexametasona, Baclofeno, Sene, Paracetamol.

### **Historia Económica e Social**

Doente casada, vive com o marido em apartamento (7º andar), 2 casas de banho, uma com banheira; no acesso interior do prédio com 2 degraus antes da chegada aos elevadores(2). Sem outras barreiras arquitectónicas.

### **Avaliação inicial de Ensino Clínico**

Consciente, lúcida e orientada. Quando questionada responde de forma reservada, com respostas fechadas e curtas. Tem a companhia do marido e filha no horário pós laboral deste (funcionário municipal trabalha das 5 horas às 14 horas durante a semana), ficando sozinha no domicílio até chegada do mesmo.

A doente recusa internamento em Unidades de Convalescença assim como o marido, apesar de momento se encontrar mais restrita ao quarto e à cama. Recusa ser transferida para cadeira de rodas, permanecendo no leito. Apresenta ferida a nível do calcanhar esquerdo com aproximadamente 3 cm de diâmetro e é realizado penso diário com Aquacel Ag e penso hidrocolóide de espuma. Restante pele permanece íntegra. Refere dor de intensidade oscilante, com mais incidência ao nível da grelha costal posterior esquerda e faz terapêutica oral prescrita em SOS pelo médico assistente.

### **Escalas de Avaliação**

A prioridade na recolha de informação é determinada pela sua situação atual/imediata e das suas necessidades. É de extrema importância uma completa colheita de dados através de um processo clínico, da semiologia clínica, dos exames complementares de diagnóstico, das limitações nas atividades de vida diária e como estas se refletem no quotidiano da pessoa/família.

A existência de escalas permitem padronizar e ao mesmo tempo individualizar, uma correta neuro avaliação com base nas escalas de avaliação permitem identificar potenciais alterações. O objetivo principal é que o instrumento de avaliação seja prático, simples na sua aplicação e posterior leitura, para que os seus resultados possam orientar o processo de Reabilitação a efetuar.

Na UCC Cacém Care utilizam-se várias escalas na prática de enfermagem: Índice de Barthel, Escala de Morse (Risco de quedas), Braden (Risco de úlceras de Pressão) e Glasgow (estado de consciência), pelo que a avaliação da utente foi realizada com recurso às mesmas.

### **Índice de Barthel**

O índice de Barthel, avalia o potencial funcional do indivíduo e mede o nível de independência em 10 atividades de auto cuidado. A pontuação é de zero, cinco, dez e quinze; a nota é proporcional à independência, quanto maior for a nota mais independente é o indivíduo. A pontuação máxima é 100 e, abaixo de 50 significa dependência.

A avaliação desta utente é realizada pela enfermeira de reabilitação uma vez por semana. Apresentou um índice de Barthel Total de 20 (0 a 100), desde o início do período de Ensino Clínico.

### **ALIMENTAÇÃO**

**(10)INDEPENDENTE. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.**  
(5)AJUDA. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc  
(0)DEPENDENTE.

### **BANHO**

(5)INDEPENDENTE. Lava-se por completo em duche ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.

**(0)DEPENDENTE.**

### **VESTIR**

(10)INDEPENDENTE. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário

**(5)AJUDA. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.**

(0)DEPENDENTE.

## HIGIENE PESSOAL

(5)INDEPENDENTE. Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico

**(0)DEPENDENTE.**

## INTESTINO

(10)CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.

(5)INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.

**(0)INCONTINENTE**

## BEXIGA

(10)CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.

(5)INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.

**(0)INCONTINENTE/RETENÇÃO**

## USO DA SANITA

(10)INDEPENDENTE. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda

(5)AJUDA. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.

**(0)DEPENDENTE.**

## TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA

(15)INDEPENDENTE. Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.

(10)AJUDA MÍNIMA. Necessita de ajuda ou supervisão mínimas

(05)GRANDE MAIOR. É capaz de sentar-se mas necessita de assistência total para a passagem

**(0)DEPENDENTE.**

## MOBILIDADE

(15)INDEPENDENTE. Pode caminhar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andarilho.

(10)AJUDA. Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão

**(5)INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS. Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo**

menos 50 metros.

(0)DEPENDENTE.

## ESCADAS

(10)INDEPENDENTE. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão  
(5)AJUDA. Necessita de ajuda física ou supervisão  
(0)DEPENDENTE.

### Escala de Braden

A escala de Braden é constituída por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Todas as dimensões contribuem para o desenvolvimento de Úlceras de Pressão (UP). As dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. Recomenda-se que cada uma das seis subescalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa. O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

#### Percepção Sensorial

Capacidade de reacção significativa ao desconforto

1. Completamente limitada

**2. Muito limitada**

3. Ligeiramente limitada

4. Nenhuma limitação

#### Exposição à Humidade

Nível de exposição da pele à humidade

1. Pele constantemente húmida

2. Pele muito húmida

**3. Pele ocasionalmente húmida**

4. Pele raramente húmida

<b>Atividade</b>	<b>1. Acamado</b>
Nível de atividade física	2. Sentado
	3. Anda ocasionalmente
	4. Anda frequentemente
<b>Mobilidade</b>	1. Completamente imobilizado
Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>2. Muito limitada</b>
	3. Ligeiramente limitado
	4. Nenhuma limitação
<b>Nutrição</b>	1. Muito pobre
Alimentação habitual	<b>2. Provavelmente inadequada</b>
	3. Adequada
	4. Excelente
<b>Forças de Deslizamento</b>	1. Problema
	<b>2. Problema potencial</b>
	3. Nenhum problema
<b>Score Total</b>	<b>12</b>
<b>Nível de Risco</b>	Médio Risco

Pontuação (azul): 12 (score mantido desde o início do Ensino Clínico).

### Escala de Morse

Utiliza-se a Escala de Morse para avaliar o risco de queda, é um método rápido e simples de avaliar a probabilidade de um indivíduo cair. A Escala consiste em seis variáveis, rápidas e fáceis de pontuar, tendo sido demonstradas a sua validade preditiva bem como a sua fiabilidade entre avaliadores. A avaliação dos 6

parâmetros resulta numa pontuação que oscila entre 0 e 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida o indivíduo é classificado num dos três níveis de risco: sem risco, baixo risco e alto risco.

A escala é usada em cuidados agudos, tanto em hospitais como em unidades de internamento e tratamento prolongado de doentes.

#### **1. História de Queda:**

**Não (zero pontos)** - o doente não caiu nos últimos três meses;

**Sim (25 pontos)** - existe registo de queda no presente episódio ou existe história prévia de queda imediatamente antes do episódio.

#### **2. Diagnóstico Secundário:**

**Não (zero pontos)** - o doente tem um único diagnóstico;

**Sim (15 pontos)** - o doente tem mais que um diagnóstico médico evidenciado no processo clínico.

#### **3. Ajuda na Mobilização:**

**Nenhuma/Acamado/Repouso leito (zero pontos)** - o doente anda sempre só com o apoio de terceiros, sozinho e sem apoios na marcha, em cadeira de rodas ou está acamado;

**Bengala/Andarilho/Canadiana (15 pontos)** - o doente anda com ajuda de bengala, andarilho ou canadianas;

**Próteses (30 pontos)** - o doente utiliza próteses para andar ou apoia-se aos móveis.

#### **4. Terapêutica Endovenosa:**

**Não (zero pontos)** - o doente não tem qualquer acesso a administração de medicação endovenosa;

**Sim (20 pontos)** - o doente tem terapia/acesso endovenoso.

#### **5. Marcha:**

**Zero pontos** – acamado, ou o doente consegue andar com a cabeça direita, balanceia os braços junto ao corpo, passadas largas e sem hesitações;

**10 pontos** - o doente tem marcha lenta com paragens mas com a cabeça levantada. Utiliza passos curtos e pode arrastar os pés;

**20 pontos** - a marcha está comprometida, o doente pode parar, pode ter dificuldade em se levantar da cadeira e necessita de se apoiar nos braços da cadeira e/ou levantar-se com impulso. O doente tem a cabeça em baixo e concentra-se no chão. Agarra-se ao mobiliário, a pessoas ou ajudas de marcha, não conseguindo andar sem ajuda. Os passos são curtos e arrasta os pés.

**Nota:** Se o doente usa Cadeira de rodas a pontuação é atribuída segundo a avaliação feita pela observação na mudança de cadeira de rodas para a cama.

## 6. Estado Mental:

**Zero pontos - o doente tem consciência das suas limitações físicas;**

**15 pontos - o doente não tem consciência das suas limitações ou sobrevaloriza as suas capacidades de mobilização.**

## EXAME NEUROLÓGICO

### Consciência

O nível de consciência é considerado como o grau de alerta comportamental apresentado pelo indivíduo, existindo uma grande possibilidade de variação deste parâmetro entre utentes diferentes. Neste contexto, a equipa de saúde multidisciplinar recorre frequentemente à utilização de escalas neurológicas que permitem a padronização da linguagem utilizada de forma a acompanhar a evolução do nível de consciência da pessoa. Uma das escalas mais utilizadas com este fim é a Escala de Glasgow.

Escala de Coma de Glasgow		
<b>Melhor resposta verbal</b>		
Nenhuma		1
Sons	incompreensíveis	2
Palavras	inadequadas	3
Confusa		4
<b>Orientada</b>		<b>5</b>
<b>Abertura dos olhos</b>		
Nenhuma		1
Resposta	à dor	2
Resposta	à fala	3
<b>Espontânea</b>		<b>4</b>

<b>Melhor resposta motora</b>	
Nenhuma	1
Descerebração (extensão anormal dos membros)	2
Decorticação (flexão anormal dos membros superiores)	
Retirada	3
Localiza o estímulo doloroso	
<b>Obedece ao comando verbal</b>	4
	5
	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

## **Motricidade**

### **Força Muscular**

Foi avaliada pela escala de Lower, em que é utilizada a força e a resistência do profissional como valor de referência.

A força muscular avalia-se em todos os movimentos dos vários segmentos corporais. A avaliação inicia-se dos segmentos distais para os proximais e realiza-se bilateralmente. Na escala de Lower, o método utilizado na avaliação vale-se do uso da força e da resistência do profissional.

A nível da cabeça, pescoço e membros superiores, apresenta uma força muscular de 5/5. A avaliação da força muscular dos membros inferiores está descrita no quadro seguinte.

### **Avaliação Motora dos Músculos Chave, de acordo com a Escala de Lower**

#### **Membros Inferiores**

L2: Flexores da Coxa – direito: 0/5; esquerdo 0/5

L3: Extensores do Joelho – direito: 0/5; esquerdo 0/5

L4: Dorsiflexores da Tibiotársica – direito: 0/5; esquerdo 0/5

L5: Extensores longos dos dedos do pé – direito: 2/5; esquerdo 2/5

S1: Flexores plantares da tibiotársica – direito: 2/5; esquerdo 2/5

### **Avaliação da sensibilidade de acordo com a escala ASIA**

A escala baseia-se na avaliação da sensibilidade e da função motora, sendo possível classificar a pessoa quanto ao tipo de lesão (completa ou incompleta) e determinar o nível neurológico, além de gerar um score baseado nos resultados sensitivos e motores. O exame da ASIA não avalia a presença de espasticidade, de dor neuropática, e de fraqueza sutil, as quais podem acontecer em casos de lesão medular.

	Direita		Esquerda	
	Sensibilidade Táctil	Sensibilidade Dolorosa	Sensibilidade Táctil	Sensibilidade Dolorosa
L2	2	2	2	2
L3	2	2	2	2
L4	1	2	0	2
L5	0	2	0	2
S1	0	2	0	2
S2	2	2	1	2
S3	0	2	0	2

S4 – S4	0	2	0	2
---------	---	---	---	---

Apresenta esfíncter anal hipotónico com controlo voluntário e sensação

Em conclusão apresenta nível de lesão L2, incompleta, ASIA C

### **Escala de ASHWORTH Modificada**

A Escala Modificada de Ashworth é a mais citada na literatura para avaliação do tônus muscular em pessoas que apresentam disfunção do sistema nervoso central. É uma escala qualitativa para avaliação do grau de espasticidade, que é medida de acordo com a resistência oferecida ao movimento angular de um segmento movido de forma passiva por um examinador. A espasticidade avalia-se em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais, bilateralmente e do distal para o proximal. Além da mobilização passiva, o enfermeiro deverá palpar os vários segmentos corporais e avaliar o tônus muscular de forma a verificar se existe hipotonicidade (diminuição do tônus) ou hipertonicidade (aumento do tônus). É uma escala ordinal que varia de 0 a 4.

Foi avaliado pela palpação dos grupos musculares e pela realização de mobilizações passivas em todos os segmentos dos membros inferiores. Na palpação constatou-se hipotonicidade de todos os grupos musculares de ambos os membros inferiores. Na mobilização passiva verificou-se flacidez com ausência de resistência no arco do movimento.

### **Escala de Ashworth modificada:**

**0 – Não há aumento do tônus muscular;**

1 – Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado pelo apanhar e largar ou por uma resistência mínima no final do arco de movimento;

1<sup>+</sup> – Ligeiro aumento no tônus muscular, manifestado pelo apanhar/largar, seguido de uma resistência mínima (antes de metade do restante do arco de movimento);

2 – Aumento do tónus mantido mais marcado na quase totalidade do arco de movimento, mas consegue-se mobilizar facilmente os segmentos lesados;

3 – Aumento considerável do tónus muscular com mobilização passiva difícil;

4 – Os segmentos afectados apresentam rigidez na flexão ou na extensão (abdução ou adução), etc

### **Plano de Cuidados**

O Plano de Cuidados foi elaborado com o objetivo de salientar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e segue a linguagem do Modelo Teórico de Nancy Roper. O intervalo considerado foi o de 1/12/2014 a 05/2/2015.

Plano de cuidados

N	INÍCIO	Problemas reais e/ou potenciais	FIM	Objetivos	INÍCIO	Intervenções de Enfermagem	FIM	Avaliação
1	01/12/2014	<p>AVD: <b>Manter um ambiente seguro</b></p> <p>Alterações:</p> <p>- Risco de queda.</p>		<p>-Promover um ambiente seguro;</p> <p>- Diminuir o risco de queda.</p>	01/12/2014	<p>- Avaliação semanal do risco de quedas (escala de Morse);</p> <p>- Explicar os procedimentos de segurança;</p> <p>- Ensino nas transferências à utente e cuidador.</p>	05/02/2015	<p>- <b>Avaliação da escala de Morse: 40</b> (valor mantido em todas as avaliações desde o início do ensino clínico);</p> <p>- Implementar precauções padronizadas contra quedas;</p> <p>- Pelas atividades desenvolvidas a utente não apresentou qualquer episódio de queda no domicílio.</p>
2	01/12/2014					<p>- Validação com a utente do respeito pela sua decisões;</p>		

		<p>AVD: <b>Comunicação</b></p> <p>Alterações</p> <p>- Ansiedade relacionada com o seu estado de saúde.</p>		<p>- Garantir o respeito pela autonomia da utente;</p> <p>- Promover a verbalização de sentimentos e emoções.</p>	<p>01/12/2014</p>	<p>- Incentivo à verbalização da ansiedade com a equipa de saúde, cuidadora e filhos;</p> <p>- Utilizar técnicas de comunicação como a escuta ativa, a reformulação, a empatia e a clarificação na relação terapêutica com a utente.</p>	<p>05/02/2015</p>	<p>- A utente mantém renitência em verbalizar o seu estado emocional, a menos que seja questionada sobre o que a preocupa;</p> <p>- Após a utilização de técnicas de comunicação como a clarificação, a empatia e a escuta ativa, a utente apresenta uma maior disposição para partilhar as suas angústias e preocupações.</p>
3	01/12/	<p>AVD: <b>Respiração</b></p> <p>Alterações:</p>		<p>- Vigiar a Tensão Arterial e restantes sinais vitais;</p>	01/12/	<p>- Avaliação e registo de sinais vitais: Temperatura, Tensão Arterial, Pulso, Frequência Respiratória;</p>	05/02/	<p>- Nos últimos meses a utente apresenta a TA mais controlada e dentro de parâmetros normais, último valor =156/78;</p> <p>- Colabora com os exercícios e</p>

	2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensão arterial não controlada;</li> <li>- Risco de alterações hemodinâmicas por Lesão Medular.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir complicações respiratórias.</li> </ul>	2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de Reeducação funcional respiratória: dissociação dos tempos respiratórios; reeducação abdominodiafragmática e costal, manobras acessórias: vibrocompressão e percussão.</li> </ul>	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mantem-se sem complicações respiratórias.</li> </ul>
4	01/12/2014	<p><b>AVD:</b> <b>Alimentação</b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de padrão alimentar incorreto.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover uma alimentação adequada;</li> <li>- Promover a independência nas refeições.</li> </ul>	01/12/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicação sobre a vantagem de hábitos alimentares saudáveis com reforço proteico e calórico para a manutenção de força muscular e autonomia nas AVD's.</li> </ul>	05/02/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O cuidador refere que a utente alimenta-se bem e com apetite, apesar disso, apresenta adinamia e astenia mais acentuadas nos últimos meses.</li> </ul>
5		<p><b>AVD:</b> <b>Eliminação</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilância das características da urina;</li> <li>- Ensino à utente e cuidadora sobre os cuidados necessários à cateterização vesical;</li> </ul>	05/02/	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta urina turva e com sedimento, com frequência faz Infecções do Trato Urinário;</li> <li>- A mudança de algália é realizada uma vez por mês (última algaliação:</li> </ul>

	01/12/2014	<p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrão de eliminação vesical comprometido;</li> <li>- Padrão de eliminação intestinal comprometido;</li> <li>- Risco de infecção urinária.</li> </ul>		<p>padrão de eliminação vesical eficaz;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um padrão de eliminação intestinal eficaz;</li> <li>- Promover a independência do utente na eliminação;</li> <li>- Diminuir o risco de infecção urinária.</li> </ul>	01/12/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilância por questionar a utente e a cuidadora sobre a frequência da eliminação intestinal, quantidade e características das fezes eliminadas;</li> <li>- Vigilância de timpanismo e distensão abdominal;</li> <li>- Ensino sobre a necessidade de reforço hídrico na manutenção de um padrão de eliminação vesical e intestinal eficazes.</li> </ul>	2015	<p>03/02/2015);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A utente mantém hábitos intestinais regulares, evacua habitualmente de 2/2 dias (abandonou treino intestinal com supositório);</li> <li>- O abdómen mantém-se mole, depressível e sem dor;</li> <li>- A utente preocupa-se com o reforço hídrico, segundo a mesma, apresenta garrafas de água para ingestão diária.</li> </ul>
6		<p>AVD:</p> <p><b>Higiene Pessoal e vestir-se</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a higiene, o conforto e o bem-estar;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de AVD: vestuário, higiene, transferências;</li> <li>- Vigilância da integridade cutânea;</li> <li>- Monitorização semanal do risco de Ulceras de Pressão (Escala de</li> </ul>	05/02/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantém-se dependente na higiene, parcialmente dependente no vestuário e recusa realizar transferência para cadeira de rodas;</li> <li>- Cadeira de banheira fornecida e em presente uso;</li> </ul>

	01/12/2014	<p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependência parcial na higiene e no vestir-se;</li> <li>- Risco de Úlceras de Pressão.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir o grau de dependência nos cuidados de higiene e no vestir-se;</li> <li>- Manter a integridade cutânea;</li> <li>- Promover a cicatrização de ferida do calcanhar esquerdo.</li> </ul>	01/12/2014	<p>Braden);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino sobre a alternância de decúbitos na posição de deitado e as vantagens de períodos na posição de sentado;</li> <li>- Incentivo à utilização de dispositivos de alívios de pressão (protecção de calcâneos, almofadas para posicionamento...);</li> <li>- Ensino sobre medidas preventivas de Úlceras de Pressão e da importância de uma ingestão proteica e da hidratação adequadas;</li> <li>- Execução de penso à ferida segundo prescrição (<i>Aquacel Ag</i> e penso hidrocoloide de espuma).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da escala de Braden: 12 (alto risco) em todas as avaliações, durante o período já decorrido de ensino clínico;</li> <li>- Posiciona-se no leito com ajuda parcial e faz uso de almofadas de posicionamento e protecção de calcâneos;</li> <li>- Ferida do calcanhar esquerdo com leito com tecido desvitalizado (2-3 cm);</li> <li>- Penso realizado com <i>Aquacel Ag</i> e penso hidrocoloide de espuma.</li> </ul>
--	------------	---	--	---	------------	---	--	--

7		AVD: <b>Controlo da temperatura corporal</b>		Sem alterações				
8	01/12/2014	<p>AVD: <b>Mobilidade</b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrão de mobilidade comprometido;</li> <li>- Risco de alterações músculo-esqueléticas e posturais;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o equilíbrio e autonomia na mobilização em cadeira de rodas;</li> <li>- Prevenir alterações músculo-esqueléticas;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino do equilíbrio estático e dinâmico;</li> <li>- Incentivo ao levante;</li> <li>- Execução da técnica de execução da técnica de execução músculo articular ativa-assistida;</li> <li>- Execução da técnica de execução músculo articular passiva;</li> <li>- Incentivo à utente para a auto mobilização ativa;</li> <li>- Incentivo nos auto posicionamentos;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizado treino de equilíbrio estático com a utente sentada no leito com mãos apoiadas na base da cama; a utente apresenta equilíbrio pouco eficaz e recusa levante para a cadeira de rodas;</li> <li>- Em todas as visitas são realizadas as seguintes mobilizações ativas-assistidas dos membros inferiores: flexão/extensão dos dedos do pé direito e esquerdo e flexão/extensão da tibiotársica esquerda;</li> <li>- Em todas as visitas são realizadas as seguintes mobilizações passivas nos membros inferiores: flexão/extensão dedos do pé, inversão e eversão do antepé, flexão/extensão da tibiotársica, flexão/extensão do joelho, flexão/extensão da coxo-femural, rotação interna/rotação externa da coxo-femural e adução/abdução da coxo-femural;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recusa do Programa de Reabilitação sugerido;</li> <li>- Dor à mobilização na grelha costal esquerda.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeitar a autonomia da utente;</li> <li>- Diminuir a intensidade da Dor.</li> </ul>	<p>01/12/2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conversa com a utente sobre quais os exercícios que aceita dentro do programa de reabilitação sugerido;</li> <li>- Avaliação da intensidade da dor;</li> <li>- Ensino sobre a gestão da medicação prescrita para o controlo da dor.</li> </ul>	<p>05/02/2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizações passivas realizadas nos membros inferiores: rotação externa e interna da coxo-femural, flexão/extensão e eversão/inversão da tibiotársica;</li> <li>- Mantem a dor habitual com mais intensidade nesta visita, aconselha-se a toma de medicação prescrita em SOS antes dos exercícios de Reabilitação.</li> </ul>
--	--	--	--	-------------------	---	-------------------	---

9	01/12/2014	<p><b>AVD: Trabalho e Lazer</b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restrição na participação de atividades sociais e de lazer (apartamento no 7º andar);</li> <li>- Recusa no levante e deslocação em cadeira de rodas dentro do domicílio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as barreiras arquitetónicas e obstáculos diários da utente no domicílio;</li> <li>- Incentivar a utente nas atividades sociais e de lazer.</li> </ul>	01/12/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento das condições físicas do domicílio;</li> <li>- Sugestão à utente e cuidador sobre a gestão das barreiras arquitetónicas do domicílio;</li> <li>- Incentivo à interação com familiares e amigos, especialmente ao fim de semana;</li> <li>- Estímulo ao levante.</li> </ul>	05/02/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reside num 7º andar com elevador, a cama articulada da utente encontra-se junto à parede o que dificulta a prestação de cuidados, a disposição do quarto impede um livre acesso de cadeira de rodas;</li> <li>- Recusa levante e interação na sala com familiares e amigos mas mantem contactos telefónicos.</li> </ul>
10	01/12/2014	<p><b>AVD: Expressão da sexualidade</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar doente e esposo/cuidador sobre os cuidados a ter com algália.</li> </ul>	01/12/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estímulo à verbalização de medos e receios relacionados com a sua sexualidade.</li> </ul>	05/02/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referem ambos que a presença da</li> </ul>

		<p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algália permanente com levantamento de questões em relação ao ato sexual.</li> </ul>						algália não é limitadora para o ato sexual.
1 1		<b>AVD: Sono</b>		Sem alterações				
1 2	01/12/ 2014	<p><b>AVD: Morte</b></p> <p><b>Alterações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projeto de vida comprometido</li> <li>- Risco de complicações, reinternamentos e agravamento do</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a expressão de receios em relação à vida futura</li> <li>- Prevenir complicações</li> </ul>	01/12/ 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo à verbalização de medos e receios em relação ao futuro;</li> <li>- Ensino sobre medidas preventivas de complicações.</li> </ul>	05/02/ 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A utente questiona sobre o futuro.</li> <li>- A utente compreende a necessidade de manter algumas medidas a fim de evitar internamentos e complicações do seu estado de saúde, pelo que mantém os exercícios de treino motor e respiratório realizados pelas enfermeiras de Reabilitação.</li> </ul>

		estado de saúde						
--	--	-----------------	--	--	--	--	--	--

## **APÊNDICE XI – CARTA DE ALTA/TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS**



 <p><b>5º Curso de Mestrado em Enfermagem</b></p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Reabilitação</i></p>	<b>Ensino Clínico 1</b>
	Estudante – João Alves
	Docente – Vanda Marques Pinto
	<b>Carta de Alta/Transferência</b>

**Nome: JF**

Data de admissão: 14/8/2014

Data de alta: 15/10/2014

Diagnóstico Principal: Lesão vertebro-medular com Paraplegia

Médicos Assistentes:

**Identificação**

Doente do sexo masculino, 53 anos, caucasiano.

**Antecedentes Pessoais:**

Cirurgia a varizes em 2013, no Hospital de Elvas.

Ex-fumador (25 UMA) – cessação tabágica há 17 anos.

Sem outras patologias ou cirurgias prévias. Nega alergias medicamentosas.

**História da Doença Atual**

Doente aparentemente bem até 21/7/14, altura em que sofre queda de cerca de 3 metros de altura (andaime), tendo sido inicialmente avaliado no SU do Hospital de Portalegre e posteriormente transferido para o SU do Hospital S. José e de que resultou:

Traumatismo Vertebro-medular com instalação de paraplegia de imediato. TAC coluna revelou fractura de L1 com compromisso do canal medular.

Admitido na Unidade Vertebro Medular a 22/7/14. Nesse mesmo dia foi operado, por via posterior, com osteossíntese D12-L1-L2 e laminectomia de L1, que decorreu sem intercorrências.

TAC coluna dorsal- lombar de controlo (24/7/14) “ regular posicionamento do material de fixação; laminectomia L1. Muro posterior de L1 com recuo de predomínio direito, determinando redução de calibre do recesso lateral. Está preservado o alinhamento dos restantes muros posteriores. Foramina intervertebrais sem inequívocos conflitos de espaço.”

Durante o internamento iniciou tratamentos de reabilitação e acompanhamento por Psicologia Clínica.

À data da transferência quadro neuromotor de paraplegia. Iniciou levante a 18/7/14, tendo realizado treino de marcha em barras paralelas e iniciado marcha com andarilho.

Foi transferido para o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital Curry Cabral a 14/8/14 para intensificação do programa de reabilitação em regime de internamento.

Funcionalmente:

Independente na alimentação. Necessitava de ajuda mínima na higiene pessoal, transferência leito-cadeira, ajuda moderada no banho, vestir metade inferior, utilização da sanita e restantes transferências. Deambulava em cadeira de rodas de forma independente. Realizava marcha com andarilho para curtas distâncias e com ajuda de 3ª pessoa. Algaliado em drenagem contínua. Realizava treino intestinal.

M.I.F. 78 (Motor 45; Cognitivo 33) I. Barthel 40

Realizou Estudo Urodinâmico onde foram “ infundidos cerca de 400ml de soro, não se registando contrações não inibidas do detrusor espontâneas ou provocadas, ou perdas. Tentativa de micção sem sucesso, com uso de abdominais e eficaz aumento de pressão abdominal. Bexiga com compliance diminuída, capacidade e sensibilidade conservadas”.

**Foi avaliado em consulta de Disfunção Sexual Neurogénica em 17/9/14.**

Foram prescritas as seguintes ajudas técnicas (cadeira de rodas), almofada anti-escaras, e ortoses tipo Boccia, duas canadianas e sondas de esvaziamento vesical.

Evolução funcional favorável apresentando à data da alta, quadro neuromotor de paraplegia

Exame muscular:

- Anca: Força muscular grau 4 nos flexores, adutores bilateralmente; grau 3 nos rotadores à direita e rotador externo à esquerda; grau 2 nos extensores, abdutores bilateralmente e rotadores internos à esquerda.
- Joelho: Força muscular grau 3 nos flexores bilateralmente e grau 4+ nos extensores bilateralmente.
- Tornozelo e pé sem movimentos activos aparentes.

Exame de sensibilidade superficial: nível L3 à direita e L4 à esquerda, com áreas de hipostesia/anestesia distalmente.

Comete alguns erros na avaliação da sensibilidade profunda nos membros inferiores.

Normotonia dos 4 membros. Sem clonus. Reflexos osteotendinosos presentes, com diminuição do reflexo rotuliano bilateralmente. Reflexos cutâneo plantares indiferentes bilateralmente.

Equilíbrio sentado estático e dinâmico eficaz. Equilíbrio em pé estático eficaz e dinâmico razoável.

Funcionalmente à data de alta: Independente na alimentação, higiene pessoal, vestir, banho, utilização de sanita e transferências, levando um pouco mais de tempo a realizar algumas tarefas. Realiza auto-algalias, sem perdas. Controla esfíncter anal. Realiza marcha com duas canadianas e ortóteses nos membros inferiores. Deambula em cadeira de rodas de forma autónoma para médias e longas distâncias.

MIF 112 (motor 78; cognitivo 34) ; I. Barthel 90

Tem alta clínica com indicação para:

- Manutenção de terapêutica médica e realização de tratamentos de reabilitação.
- Manutenção de seguimento no seu médico assistente.
- Manter reforço da ingestão hídrica.

- Vigilância dos sinais e sintomas de infecção urinária.
- Realização de Estudo Uro Dinâmico e ecografia renal e vesical anual.
- Tem consulta de Disfunção Sexual Neurogênea em 10 de Dezembro às 16:45H.

**Resumo:**

Doente entrado no Serviço de Medicina Física e Reabilitação a 14 de Agosto vindo da Unidade Vertebro Medular do Hospital S. José na sequência de fratura de L1 com compromisso medular intervencionada cirurgicamente. À chegada ao serviço necessitava de ajuda mínima na higiene pessoal, transferência leito-cadeira-sanitário, ajuda moderada no banho e vestir metade inferior. Deambulava em cadeira de rodas de forma independente. Realizava marcha com andarilho para curtas distâncias e com ajuda de 3ª pessoa. Vinha algaliado e a realizar treino intestinal de forma eficaz. À data da alta o doente é independente no banho, vestir/despir, apresenta equilíbrio sentado estático e dinâmico eficaz. Equilíbrio em pé estático eficaz e dinâmico razoável, realiza transferências com tábua de forma independente, deambula em cadeira de rodas de forma autónoma para médias e longas distâncias. Realiza marcha com duas canadianas e ortóteses nos membros inferiores. Autoposiciona-se, realiza a sua vigilância da integridade cutânea. É independente nas auto algaliações sem perdas urinárias e não urina de forma espontânea, realiza treino intestinal de forma autónoma.

**APÊNDICE XII – GUIA DE ORIENTAÇÃO DA PESSOA COM  
INCAPACIDADE ADQUIRIDA PÓS ACIDENTE DE  
TRABALHO, ENFERMGEM DE REABILITAÇÃO  
COMO ESTRATÉGIA**



 <p><b>5º Curso de Mestrado em Enfermagem</b></p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Reabilitação</i></p>	<p>Centro Hospitalar Lisboa – Zona Central</p> <p>Serviço de Medicina Física e Reabilitação</p> <p>Unidade Vertebro Medular</p>
	<p>Estudante – João Alves</p> <p>Docente – Vanda Marques Pinto</p> <p>Orientadora – Célia Santos</p>
	<p><b>Pessoa com incapacidade adquirida pós acidente de trabalho. Enfermagem de Reabilitação como estratégia.</b></p>

Baseado na:

Lei nº 98/2009

Diário da República 1ª série – Nº 172 – 4 de Setembro de 2009

### **Associação Portuguesa de Seguradores (APS)**

Uma Associação de Empregadores fundada em 1982, sem fins lucrativos, que reúne as companhias de seguros que operam no mercado português, independentemente da sua natureza jurídica ou da sua nacionalidade. Representa mais de 99% do mercado segurador.

[www.apseguradores.pt](http://www.apseguradores.pt)

**Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010)**

**Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de  
Reabilitação (2010)**

## Introdução

A primeira lei portuguesa de acidentes de trabalho foi publicada no dia 24 de julho de 1913, foi a Lei n.º 83, que estabeleceu pela primeira vez em Portugal um regime jurídico especial para a reparação dos acidentes de trabalho, na época também frequentemente designados por “desastres no trabalho”. Em 1913 a responsabilidade do Estado e das empresas pelos acidentes no trabalho podia ser, facultativamente e na terminologia então utilizada, passada para as companhias de seguro autorizadas. Anos depois (em 1919), o seguro contra desastres no trabalho passou a ter caráter de obrigatoriedade (Decreto n.º 5.637, de 10 de maio de 1919). A obrigatoriedade manteve-se até hoje.

Um bom indicador do desenvolvimento de uma sociedade é a capacidade para integrar na vida social e laboral as pessoas que têm a sua funcionalidade afetada. Para contornar as dificuldades que a criação de um indicador desta natureza representaria, pela diversidade de situações passíveis de medir, seria razoável focar a análise apenas nas vítimas de acidentes. Um projeto de vida profundamente alterado de forma súbita, num universo formado maioritariamente por pessoas jovens, com efeito, são os jovens os que representam a maioria das vítimas de acidentes de viação e são os trabalhadores menos qualificados os mais expostos aos riscos laborais.

A morte prematura e a incapacidade, temporária ou definitiva, são um enorme prejuízo para qualquer sociedade e cada lesão evitável será sempre uma lesão inaceitável perante os parâmetros científicos atuais. As lesões decorrentes dos acidentes representam um enorme encargo financeiro para os sistemas de saúde e de proteção social, estando na origem de um grande número de baixas por doença, sendo uma das principais causas de perda de produtividade, de consumo de serviços de saúde e de um grau significativo de incapacidade (Direção Geral Saúde, 2009).

Neste contexto a reabilitação e reintegração de trabalhadores é um dos maiores desafios contemporâneos na área da saúde pública e da saúde ocupacional. A complexidade de tudo isto tem reflexo na multiplicidade e magnitude dos problemas de saúde e nas repercussões sociais envolvidas. Não há manual nem regras,

nenhum programa de reabilitação e reintegração é igual a outro. Este processo é um desafio, tanto para as pessoas quanto para as empresas.

O processo de reabilitação e reintegração socioprofissional requer um envolvimento proactivo de todos os intervenientes, ou seja, das pessoas acidentadas e suas famílias, dos serviços de saúde, da justiça (quando se justifique), dos serviços de reabilitação, das entidades empregadoras e das seguradoras. Pressupõe ainda, uma comunicação e articulação eficaz com a pessoa acidentada e a sua família, tendo início logo após o acidente. Fatos esses que pressupõem a mobilização de uma avaliação imediata das necessidades, identificando as ações necessárias para assegurar o acompanhamento da pessoa nas diversas dimensões de impacto e implementando-as de forma coordenada (que inclui a mobilização dos serviços de apoio a reabilitação e reintegração familiar, social e profissional), de modo a assegurar os mais elevados níveis de qualidade de vida as pessoas acidentadas (Associação Portuguesa Seguradores, 2013).

## **DÚVIDAS MAIS FREQUENTES**

### **O que é um acidente de trabalho? (artigos 8º e 9º da Lei 98/2009)**

Acidente de trabalho é o acidente ocorrido no local e no tempo de trabalho, que produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença, de que resulte redução da capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte.

Para este efeito considera-se:

- Local de trabalho: todo o lugar onde o trabalhador se encontra ou para onde deva dirigir-se em virtude do seu trabalho e em que esteja, direta ou indiretamente, sujeito ao controlo do empregador.
- Tempo de trabalho: além do período normal de trabalho, o tempo que precede o seu início, em atos de preparação ou com ele relacionados, e o tempo que se lhe segue, em atos também com ele relacionados, bem como as interrupções normais ou forçadas de trabalho.

Para além dos acidentes ocorridos no local e no tempo de trabalho, consideram-se ainda como acidentes de trabalho os que ocorram:

- a) No trajeto de ida e de regresso para e do local de trabalho, nos trajetos normalmente utilizados e durante o período de tempo habitualmente gasto pelo trabalhador:

Entre qualquer dos seus locais de trabalho no caso de ter mais do que um emprego;

Entre a sua residência habitual ou ocasional e as instalações que constituem o seu local de trabalho;

- Entre a sua residência ou o seu local de trabalho e o local de pagamento da retribuição;
- Entre a sua residência ou o seu local de trabalho e o local onde ao trabalhador deva ser prestada qualquer forma de assistência ou tratamento em virtude de acidente anterior;
- Entre o local de trabalho e o local da refeição;
- Entre o local onde, por determinação do empregador, presta qualquer serviço relacionado com o seu trabalho e as instalações que constituem o seu local de trabalho habitual ou a sua residência habitual ou ocasional.

- b) Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para o empregador;
- c) No local de trabalho ou fora deste quando no exercício do direito de reunião ou de atividade de representante dos trabalhadores, nos termos previstos no Código do Trabalho;
- d) No local de trabalho, em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando haja autorização expressa do empregador para essa frequência;
- e) No local de pagamento da retribuição, enquanto o trabalhador aí permanecer para esse efeito;
- f) No local onde ao trabalhador deva ser prestada qualquer forma de assistência ou tratamento em virtude de acidente anterior e enquanto aí permanecer para esse fim;
- g) Em atividade de procura de emprego durante o crédito de horas concedido por lei para esse efeito aos trabalhadores com processo de cessação do contrato de trabalho em curso;
- h) Fora do local ou do tempo de trabalho, quando na execução de serviços determinados ou consentidos pelo empregador.

**Quando é que se considera que determinada lesão é consequência de acidente de trabalho? (artigo 10º)**

A lesão constatada no local e no tempo de trabalho ou em qualquer das circunstâncias referidas no ponto anterior presume-se sempre consequência do acidente de trabalho; caso contrário, isto é, se a lesão não se manifestar imedia-

tamente a seguir ao acidente, compete ao sinistrado ou seus beneficiários legais, fazer prova de que a dita lesão foi consequência do acidente.

### **Quem tem direito a reparação em caso de acidente de trabalho? (artigo 2º)**

Têm direito à reparação, nos termos da Lei, os trabalhadores por conta de outrem de qualquer atividade, explorada com ou sem fins lucrativos, e respetivos familiares. Para este efeito, consideram-se equiparados a trabalhadores por conta de outrem os trabalhadores nas seguintes situações:

- Os trabalhadores que se presumem na dependência económica da pessoa à qual prestam serviços, sempre que a lei não impuser entendimento diferente;
- Os praticantes, aprendizes, estagiários e outras situações de formação profissional que tenham por finalidade a preparação, promoção e atualização profissional necessária ao desempenho de funções inerentes à atividade do empregador.

### **Quem é responsável pela reparação do acidente de trabalho? (artigo 7º)**

A entidade empregadora do trabalhador vítima do acidente – pessoa singular ou coletiva de direito privado ou de direito público não abrangido por legislação especial – é responsável pela reparação e demais encargos decorrentes de acidente de trabalho, bem como pela manutenção do posto de trabalho, nos termos previstos na lei.

### **Como se efetiva a responsabilidade do empregador pela reparação dos acidentes de trabalho? (artigo 79º)**

Através da transferência da responsabilidade pela reparação para uma entidade seguradora – o empregador, incluindo aquele que contrata trabalhadores exclusivamente para prestar trabalho noutras empresas como é o caso das empresas de trabalho temporário, está obrigado a realizar um seguro de acidentes de trabalho para todos os trabalhadores ao seu serviço, devendo declarar as respetivas retribuições efetivamente auferidas para efeitos do prémio de seguro.

### **Quando é que um acidente não dá direito a reparação? (artigos 14º, 15º e 16º)**

Não dá direito a reparação:

- O acidente dolosamente (intencionalmente) provocado pelo trabalhador sinistrado ou resultante de um seu comportamento (ato ou omissão) que implique violação injustificada das condições de segurança estabelecidas pela entidade empregadora ou previstas na lei.

Considera-se que a violação das condições de segurança é justificada, se o acidente de trabalho resultar de incumprimento de norma legal ou estabelecida pelo empregador da qual o trabalhador, face ao seu grau de instrução ou de acesso à informação, dificilmente teria conhecimento ou, mesmo que dela tivesse conhecimento, dificilmente poderia entender.

- O acidente que resultar exclusivamente de negligência grosseira do trabalhador.

Negligência grosseira é o comportamento temerário em alto grau, que não se traduz em ato ou omissão resultante da habitualidade ao perigo do trabalho executado, da confiança na experiência profissional ou dos usos e costumes da profissão.

- O acidente resultante da privação permanente ou acidental do uso da razão do sinistrado, nos termos da lei civil, salvo se esta privação resultar da própria prestação de trabalho, for independente da vontade do sinistrado ou se o empregador, ou seu representante, conhecendo o estado do trabalhador, tiver consentido na prestação.
- O acidente proveniente de caso de força maior, isto é, o acidente provocado por forças inevitáveis da natureza, independentes da intervenção humana, que não constitua risco criado pelas condições de trabalho nem se produza ao executar serviço expressamente ordenado pelo empregador em condições de perigo evidente.
- O acidente ocorrido na prestação de serviços eventuais ou ocasionais, de curta duração, a pessoas singulares, em atividades que não tenham por objeto a exploração lucrativa (isto é, atividades cuja produção se destine exclusivamente ao consumo ou utilização do agregado familiar do empregador), excepto nos casos em que o acidente resulte da utilização de máquinas ou outros equipamentos especialmente perigosos.

### **O que sucede se o acidente resultar de culpa do empregador? (artigo 18º)**

Se o acidente de trabalho resultar de culpa ou de violação das regras de segurança e saúde no trabalho por parte do empregador, do seu representante ou de entidade por si contratada ou de empresa utilizadora de mão-de-obra, a responsabilidade pela indemnização abrange todos os danos patrimoniais e não patrimoniais sofridos pelo trabalhador e seus familiares, nos termos gerais da responsabilidade civil, sem prejuízo da responsabilidade criminal a que possa haver lugar.

Por outro lado, independentemente da indemnização de todos os danos patrimoniais e não patrimoniais e das demais prestações devidas em caso de acidente de trabalho, é ainda devida uma pensão anual ou indemnização diária, destinada a reparar a redução da capacidade de ganho ou a morte, fixada segundo as seguintes regras especiais:

- Em caso de incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho, incapacidade temporária absoluta ou morte, de valor igual à retribuição;
- Em caso de incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual, de valor compreendido entre 70% e 100% da retribuição, conforme a maior ou menor capacidade residual para o exercício de outra profissão.
- Em caso de incapacidade parcial, permanente ou temporária, de valor fixado tendo por base a redução da capacidade resultante do acidente.

### **Como é determinada, avaliada e graduada a incapacidade resultante de acidente de trabalho? (artigos 19º, 20º e 21º)**

A incapacidade para o trabalho resultante de acidente de trabalho pode ser:

- Temporária, parcial ou absoluta;
- Permanente, parcial, absoluta para o trabalho habitual;
- Absoluta para todo e qualquer trabalho.

A incapacidade é determinada de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

O grau de incapacidade resultante de um acidente é sempre definido por um coeficiente expresso em percentagem, sendo o grau de incapacidade expresso pela unidade (igual a 1) correspondente à incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho.

Para determinação do grau de incapacidade devem ser ponderados a natureza e gravidade da lesão, o estado geral do sinistrado, a sua idade e profissão, e ainda a maior ou menor capacidade residual para o exercício de outra profissão compatível, bem como todas as demais circunstâncias que possam influir na sua capacidade de trabalho ou de ganho.

### **A que prestações tem direito um trabalhador sinistrado?**

## **Prestações em espécie (artigos 23º e 25º)**

- Assistência médica e cirúrgica, geral ou especializada, incluindo todos os elementos de diagnóstico e tratamento necessários, assistência psicológica e psiquiátrica, quando considerada necessária, bem como visitas domiciliares;
- Assistência medicamentosa e farmacêutica;
- Hospitalização e tratamentos termais;
- Hospedagem;
- Transporte para observação, tratamento ou comparecimento a atos judiciais;
- Fornecimento de ajudas técnicas e outros dispositivos técnicos de compensação de limitações funcionais, incluindo a sua renovação e reparação;
- Serviços de reabilitação e reintegração profissional e social, incluindo a adaptação ao posto de trabalho;
- Serviço de reabilitação médica ou funcional para a vida ativa;
- Apoio psicoterapêutico à família do sinistrado, sempre que necessário, incluindo assistência psicológica e psiquiátrica.

## **Prestações em dinheiro (artigos 23º e 47º)**

- Indemnização por incapacidade temporária para o trabalho;
- Pensão provisória;
- Indemnização em capital e pensão por incapacidade permanente para o trabalho;
- Subsídio por situação de elevada incapacidade permanente;
- Subsídio por morte;
- Subsídio por despesas de funeral;
- Prestação suplementar por assistência de terceira pessoa;
- Subsídio para readaptação da habitação;
- Subsídio para frequência de ações no âmbito da reabilitação profissional.

### **Onde deve ser prestada a assistência clínica ao sinistrado? (artigo 38º)**

O internamento hospitalar e todos os tratamentos (assistência médica, cirúrgica, etc.) devem ser efetuados nos estabelecimentos de saúde mais adequados ao restabelecimento e reabilitação do sinistrado.

Poderá inclusivamente recorrer-se a estabelecimentos hospitalares fora do território nacional, sendo para isso necessário um parecer de junta médica comprovando a impossibilidade de tratamento em hospital nacional.

### **Que direitos assistem ao sinistrado em matéria de assistência clínica e durante o período de tratamento? (artigos 28º, nº2, 30º, nº 3, 32º, 33º e 36º)**

- Direito de recorrer a qualquer médico para o assistir, no caso do empregador ou o seu representante não se encontrar presente e haver necessidade de socorro urgente; no caso da entidade responsável não indicar médico assistente ou renunciar ao direito de o fazer; e no caso de lhe ser dada alta clínica sem estar curado.
- Direito a escolher o médico nos casos em que deva ser submetido a intervenção cirúrgica de alto risco e/ou susceptível de pôr em risco a sua vida.
- Direito de recusar uma intervenção cirúrgica quando esta for susceptível de pôr em risco a sua vida.
- Direito de não se conformar e contestar as resoluções do médico assistente ou de quem legalmente o substitui (ou seja o direito de ouvir uma outra opinião clínica).
- Direito a receber, em qualquer momento, a seu requerimento, cópia de todos os documentos respeitantes ao seu processo clínico, designadamente o boletim de alta e os exames complementares de diagnóstico em poder da seguradora.

### **Quais os deveres do sinistrado durante o período de tratamento? (artigo 30º, nºs 1 e 2)**

Sem prejuízo dos seus direitos, o sinistrado deve submeter-se a todos os tratamentos e observar todas as prescrições clínicas e cirúrgicas do médico designado pela entidade responsável necessárias à cura da lesão ou doença e à recuperação da capacidade de trabalho.

No caso de a incapacidade ou o agravamento do dano resultarem da recusa injustificada ou da não observância das prescrições médicas, a indemnização devida pode ser reduzida ou excluída.

### **Como se processa o fornecimento das ajudas técnicas? (artigos 41º a 43º, 45º e 46º)**

As ajudas técnicas e outros dispositivos de compensação das limitações funcionais incluem os destinados à correção ou compensação visual, auditiva ou outra, bem como as próteses dentárias, e devem ser, em cada caso, os considerados mais adequados ao fim a que se destinam pelo médico assistente, com preferência por aqueles que correspondam ao estado mais avançado da ciência e da técnica, por forma a proporcionar as melhores condições ao sinistrado, independentemente do seu custo.

Havendo divergências sobre a natureza, qualidade ou adequação das ajudas técnicas ou outros dispositivos de compensação das limitações funcionais, ou sobre

a obrigatoriedade ou necessidade da sua renovação ou reparação, o Ministério Público, por sua iniciativa ou a pedido do sinistrado, deve solicitar o parecer do perito médico do tribunal do trabalho da área de residência do sinistrado.

Caso pretendam adquirir ajudas técnicas de custo superior, os sinistrados podem optar por receber a importância correspondente ao valor das indicadas pelo médico assistente ou pelo tribunal, caso em que a entidade responsável deposita esta importância à ordem do juiz, no prazo por este indicado, para ser paga à entidade fornecedora depois da aplicação da ajuda técnica.

Sempre que de um acidente de trabalho resultar a inutilização ou danificação de ajudas técnicas e outros dispositivos de compensação de limitações funcionais de que o sinistrado já era portador:

- Compete à entidade responsável pelo acidente suportar as despesas necessárias à sua reparação ou renovação;
- Pode haver lugar a indemnização correspondente à incapacidade daí resultante.

No caso de renovação, o respetivo encargo não pode ser superior ao custo de ajuda técnica igual à inutilizada, exceto se existir outra mais adequada.

As despesas de reparação ou substituição de ajudas técnicas ou outros dispositivos de compensação de limitações funcionais usados em virtude de acidente de trabalho e deteriorados em consequência de uso ou desgaste normais ficam a cargo da entidade responsável pelo acidente que determinou o respetivo uso.

Durante o período de reparação ou renovação, a entidade responsável deve sempre que possível assegurar ao sinistrado a substituição da ajuda técnica ou outro dispositivo de compensação de limitações funcionais em causa.

### **Qual o valor da indemnização por incapacidade temporária para o trabalho?**

#### **(artigo 48º)**

A indemnização por incapacidade temporária para o trabalho destina-se a compensar o trabalhador sinistrado, durante um certo período de tempo em regra limitado, pela perda ou redução da capacidade de trabalho ou de ganho resultante do acidente de trabalho; pode ser absoluta ou parcial.

No caso de incapacidade temporária absoluta, o sinistrado tem direito a uma indemnização diária igual a 70% da retribuição nos primeiros doze meses e de 75% no período subsequente.

No caso de incapacidade temporária parcial, o sinistrado tem direito a uma indemnização diária correspondente a 70% da redução na sua capacidade geral de ganho.

A indemnização por incapacidade temporária é devida enquanto o sinistrado se encontrar em regime de tratamento ambulatorio ou de reabilitação profissional.

### **Qual o valor da pensão por incapacidade permanente para o trabalho? (artigo 48º)**

A pensão por incapacidade permanente destina-se a compensar o trabalhador sinistrado pela perda ou redução permanente da sua capacidade de trabalho ou de ganho resultante do acidente de trabalho. A incapacidade permanente pode ser absoluta para todo e qualquer trabalho, absoluta para o trabalho habitual ou parcial. Em caso de incapacidade permanente e absoluta para todo e qualquer trabalho, o sinistrado tem direito a uma pensão anual e vitalícia igual a 80% da retribuição, acrescida de 10% por cada pessoa a cargo, até ao limite da retribuição.

Em caso de incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual, o sinistrado tem direito a uma pensão anual e vitalícia de valor entre 50% e 70% da retribuição, consoante a maior ou menor capacidade residual para o exercício de outra profissão compatível.

Em caso de incapacidade permanente parcial, o sinistrado tem direito a uma pensão anual e vitalícia correspondente a 70% da redução da sua capacidade geral de ganho ou ao capital de remição desta pensão.

### **A partir de que momento são devidas as prestações por incapacidade? (artigo 50º)**

As indemnizações por incapacidade temporária começam a vencer-se no dia seguinte ao do acidente;

As pensões por incapacidade permanente começam a vencer-se no dia seguinte ao da alta.

São equiparados a ascendentes os padrastos e madrastas, os afins na linha reta ascendente e os adotantes.

### **Como são fixadas as prestações por incapacidade? (artigo 50º)**

As prestações por incapacidade permanente são fixadas em montante anual.

As indemnizações por incapacidade temporária são pagas em relação a todos os dias, incluindo os de descanso e feriados.

Se a incapacidade for superior a 30 dias, é paga a parte proporcional correspondente aos subsídios de férias e de Natal, determinada em função da percentagem da prestação devida.

### **O que é e qual o montante da prestação suplementar para assistência a terceira pessoa? (artigos 53º a 55º)**

Esta prestação suplementar é atribuída quando o sinistrado, afetado de incapacidade permanente para o trabalho em consequência da lesão resultante do acidente, não pode por si só prover à satisfação das suas necessidades básicas diárias, carecendo da assistência permanente de outra pessoa.

Para este efeito, a assistência pode ser prestada por um familiar do sinistrado.

Esta pensão suplementar para assistência a terceira pessoa é fixada em montante mensal e tem como limite máximo o valor do 1,1 IAS (Indexante dos Apoios Sociais), sendo atualizada anualmente na mesma percentagem que este indexante. Esta prestação suplementar suspende-se sempre que o sinistrado esteja em situação de internamento hospitalar (ou em outro estabelecimento de saúde) por período superior a 30 dias e durante o tempo que os custos corram por conta da entidade responsável.

### **O que é e qual o valor do subsídio por situações de elevada incapacidade permanente? (artigo 67º)**

O sinistrado com incapacidade permanente absoluta ou incapacidade permanente parcial igual ou superior a 70% tem direito, cumulativamente com a respetiva pensão, ao subsídio por situação de elevada incapacidade permanente, destinado a compensá-lo pela perda ou significativa redução da sua capacidade de trabalho ou de ganho em resultado do acidente de trabalho.

- Na incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho, o subsídio é igual a 12 vezes o valor de 1,1 IAS;
- Na incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual, o mesmo subsídio é fixado entre 70% e 100% de 12 vezes o valor de 1,1 IAS, conforme a capacidade funcional residual para o exercício de outra profissão compatível;
- Na incapacidade permanente parcial igual ou superior a 70%, o subsídio corresponde ao produto entre 12 vezes o valor de 1,1 IAS e o grau de incapacidade fixado.

### **O que é e qual o valor do subsídio para readaptação da habitação? (artigo 68º)**

Em caso de incapacidade permanente, o sinistrado tem direito a um subsídio destinado ao pagamento das despesas efetuadas com a readaptação da sua habitação que sejam necessárias em função da sua incapacidade.

O valor do subsídio corresponde às despesas efetuadas com a readaptação da habitação, tendo como limite máximo 12 vezes o valor de 1,1 IAS em vigor à data do acidente.

### **O que é e qual o valor do subsídio para frequência de ações no âmbito da reabilitação profissional? (artigo 69º)**

Este subsídio destina-se ao pagamento das despesas com ações que tenham como objetivo restabelecer as aptidões e capacidades profissionais do sinistrado, quando a gravidade das lesões ou outras circunstâncias especiais o justificarem.

A atribuição do subsídio para frequência de ações no âmbito da reabilitação profissional depende da verificação cumulativa das seguintes condições:

- O sinistrado ter capacidade remanescente adequada ao desempenho da profissão a que se referem as ações de formação em causa;

- O sinistrado ter direito a indemnização ou pensão por incapacidade resultante de acidente de trabalho;
- O sinistrado ter requerido a frequência da ação ou aceite proposta do IEFP ou de outra instituição por este certificada;
- Parecer favorável do perito médico responsável pela determinação e avaliação da incapacidade.

O montante deste subsídio corresponde ao valor das despesas efetuadas com as ações de reabilitação profissional, com o limite mensal, no caso de ação ou curso organizado por entidade que não seja o IEFP, correspondente ao valor de 1,1 IAS.

**A partir de que momento e durante quanto tempo é devido o subsídio para frequência de ações no âmbito da reabilitação profissional? (Artigo 69º, nº4)**

Este subsídio é devido a partir da data do início efetivo da frequência da ação em causa.

A sua duração, seguida ou interpolada, não pode exceder 36 meses, exceto em circunstâncias excecionais devidamente fundamentadas.

**Qual a base do cálculo das prestações por acidente de trabalho? (artigo 71º)**

A indemnização por incapacidade temporária, a pensão por incapacidade permanente absoluta ou parcial e a pensão por morte são calculadas com base na retribuição ilíquida normalmente devida ao sinistrado, à data do acidente, não podendo ser considerada retribuição inferior à que resulte da lei ou de instrumento de regulamentação coletiva de trabalho.

Para este efeito, entende-se que:

- A retribuição mensal inclui todas as prestações recebidas com carácter de regularidade que não se destinem a compensar o sinistrado por custos aleatórios – ou seja neste conceito de retribuição estará incluído tudo o que o trabalhador recebe regular e periodicamente como contrapartida do seu trabalho, ficando apenas excluído aquilo que se destine a compensar encargos ou despesas aleatórias e esporádicas, como sejam ajudas de custo ou despesas de representação;
- A retribuição anual é o produto de 12 vezes a retribuição mensal acrescida dos subsídios de férias e de Natal e de outras prestações anuais a que o sinistrado tenha direito com carácter de regularidade.

Caso a retribuição do dia do acidente não represente a retribuição normal, esta é calculada pela média dos dias de trabalho e da retribuição auferida pelo sinistrado no ano anterior ao acidente; na falta destes elementos, o cálculo será feito segundo o prudente arbítrio do juiz, tomando em consideração a natureza dos serviços prestados, a categoria profissional do sinistrado e os usos.

Esta regra aplica-se aos trabalhadores não regulares e aos trabalhadores a tempo parcial vinculados a mais de uma entidade empregadora.

No caso de o sinistrado ser praticante, aprendiz ou estagiário, a prestação será calculada com base na retribuição anual média ilíquida de um trabalhador da mesma empresa ou similar e categoria profissional correspondente à formação, aprendizagem ou estágio.

Para os trabalhadores a tempo parcial o cálculo das prestações tem como base a retribuição que aufeririam se trabalhassem a tempo inteiro.

### **Como são pagas as prestações por acidente de trabalho? (artigo 72º)**

A pensão por incapacidade permanente e a pensão por morte são pagas mensalmente, até ao 3º dia de cada mês, correspondendo cada prestação a 1/14 da pensão anual fixada; os subsídios de férias e de Natal, cada um no valor de 1/14 avos da pensão anual, são pagos respetivamente nos meses de Junho e Dezembro.

A pensão suplementar para assistência de terceira pessoa acompanha o pagamento mensal das pensões anuais e dos respetivos subsídios de férias e Natal.

A indemnização por incapacidade temporária é paga mensalmente.

### **As pensões por acidente de trabalho são atualizadas?**

As pensões por acidente de trabalho são atualizadas anualmente por Portaria conjunta dos Ministros responsáveis pelas áreas das finanças e do trabalho e solidariedade social, de acordo com os critérios previstos no artigo 6º do Decreto-Lei 142/99, de 29 de Abril, na redação dada pelo DL 185/2007, de 10 de Maio (essencialmente idênticos aos critérios previstos para a atualização das pensões de velhice do regime geral da segurança social).

## **Quem é responsável pela reabilitação e reintegração profissional dos trabalhadores sinistrados?**

A reabilitação e reintegração profissional dos trabalhadores sinistrados são da responsabilidade da entidade empregadora ao serviço da qual o acidente ocorreu.

De acordo com a lei, estes encargos devem passar a estar cobertos pelo seguro obrigatório de acidentes de trabalho.

### **Quem é responsável pelos encargos com a reintegração profissional? (artigo 163º)**

- No caso de o empregador assegurar ao trabalhador ocupação compatível com o seu estado, os encargos com a reabilitação profissional do trabalhador são da sua exclusiva responsabilidade, através do seguro, sem prejuízo dos apoios públicos a que pode recorrer.
- No caso de haver impossibilidade de o empregador assegurar ocupação compatível, os encargos com a reintegração profissional são repartidos entre o empregador (através do seguro) e o IEFP, sendo que os encargos assumidos pelo empregador estão limitados ao dobro do valor da indemnização que caberia por despedimento ilícito.
- Em situações excecionais devidamente fundamentadas e documentadas, o IEFP pode financiar até 50% dos encargos da responsabilidade do empregador até ao valor correspondente a 12 vezes o valor de 1,1 IAS na aquisição de bens, e ao valor de 1,1I AS na aquisição de serviços de pagamento periódico.

### **Qual o papel do serviço público de emprego e formação profissional no processo de reabilitação e reintegração profissional dos trabalhadores sinistrados?**

Compete essencialmente a este organismo:

- A avaliação da incapacidade do trabalhador e do emprego do trabalhador incapacitado em funções compatíveis, da adaptação do posto de trabalho e da reabilitação e formação profissional necessárias;
- A avaliação e confirmação da impossibilidade do empregador assegurar a ocupação em funções compatíveis com o estado do trabalhador.



**Lei nº 98/2009**

Diário da República 1ª série – Nº 172 – 4 de Setembro de 2009

**(Anexo I)**



## **Enfermagem de Reabilitação como Estratégia**

**(Anexo II)**

### **Enfermagem de Reabilitação como Estratégia**

O Plano Nacional de Saúde propõe orientações que assentam na vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos; na monitorização e resposta a riscos e emergências; na proteção da saúde nas suas diferentes vertentes (ambiental, ocupacional, alimentar, numa lógica de saúde em todas as políticas); na abordagem de determinantes sociais de saúde e de promoção da equidade; na prevenção da doença, incluindo a deteção e diagnóstico precoce; bem como na sensibilização, comunicação e mobilização social e na análise da informação em saúde através da produção de conhecimentos.

A enfermagem ocupa-se, sobretudo, da promoção da saúde, da prevenção da doença, bem como do cuidado de pessoas doentes, incapacitadas ou num estadio terminal. Os objetivos da Enfermagem centram-se na defesa da pessoa, promoção de um ambiente seguro, desenvolvimento de investigação na área, participação na formulação de políticas de saúde, gestão e formação.

O enfermeiro especialista pode e deve participar na gestão do processo da pessoa, como o principal interveniente na gestão da situação clínica da pessoa e sua família, na reabilitação e reintegração física, psíquica, social e profissional. Este processo deve integrar uma avaliação precoce das lesões que a pessoa apresenta, bem como uma avaliação individualizada das necessidades e dos potenciais de reabilitação, como ainda a elaboração e implementação de planos individuais de reabilitação e

reintegração. Deve ainda visar a *“reparação dos danos na pessoa acidentada”* (compreendidos como o restabelecimento do estado de saúde, a recuperação da funcionalidade, a otimização dos potenciais funcionais e a percepção de que foi feita justiça), bem como *“promover a máxima reposição possível dos níveis de saúde, de qualidade de vida e de capacidade de trabalho existentes antes do acidente, e promover a reintegração familiar, social e profissional da pessoa”* (Associação Portuguesa Seguradoras, 2013).

Para a implementação deste modelo de gestão do processo por parte dos Enfermeiros de Reabilitação, a ARN (Association of Rehabilitation Nurses) (2012) estabeleceu as seguintes etapas:

- Atempada identificação de pessoas que necessitem de serviços, de preferência no início de uma lesão ou doença;
- Encaminhamento para um gestor de processo, enfermeiro de reabilitação qualificado, pois este possui um alto nível de especialização nas áreas de intervenção (saúde e sociais) necessárias;
- Avaliação pelo gestor de processo, para determinar pontos fortes do indivíduo, desafios, prognóstico, estado funcional, metas e necessidades de serviços e recursos específicos;
- Desenvolvimento de um plano que identifique as metas de curto e longo prazo, envolvendo o indivíduo, sistemas de apoio (familiar, social e comunitário), a colaboração interprofissional e uso de recursos adequados;
- Identificação, aquisição e coordenação de serviços e recursos para implementação do plano;
- Avaliação contínua do progresso do indivíduo no plano, bem como da eficácia e adequação dos serviços prestados ao longo de toda a prestação de cuidados;
- Escolha dos serviços mais adequados, baseados em evidências de custo benefício para garantir a qualidade do atendimento e cumprimento de metas apropriadas;
- Promoção de competências de auto cuidado do indivíduo para alcançar a máxima independência.

O modelo de atuação desenvolvido pela Association of Rehabilitation Nurses, que coloca o Enfermeiro de Reabilitação como principal interveniente na gestão da

situação clínica da pessoa, pode ser um modelo a aplicar no nosso contexto atual e na complexa situação da pessoa vítima de acidente e sua família. Visto que o modelo se baseia não só nos princípios da enfermagem de reabilitação, mas também em toda a complexa interação e envolvimento multidisciplinar exige uma adequada gestão da situação do acidente, nomeadamente em termos da reabilitação e reintegração da pessoa acidentada no seu contexto familiar e socioprofissional.

Também nesta área não existe a nível nacional a figura do enfermeiro no processo de acidente de trabalho, pelo que esta perspetiva americana de atuação do enfermeiro parece ir de encontro as Competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação descritas pela Ordem dos Enfermeiros.

As intervenções de Enfermagem à pessoa vítima de acidente de trabalho revestem-se de extrema importância. Neste sentido também a Ordem dos Enfermeiros (2010) reforça em que o enfermeiro de reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do seu ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o auto cuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos diferenciados. O seu nível elevado de conhecimentos e experiência permite-lhe tomar decisões relativas a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O Enfermeiro de Reabilitação tem uma função primordial e essencial na interação com a pessoa, sendo portador de uma identidade profissional com afirmação única no contexto de atuação multidisciplinar. Desta forma, é importante reforçar que a

posição estratégica e privilegiada que o enfermeiro ocupa na rede dos cuidados, possibilita uma panóplia de intervenções individualizadas e inseridas numa equipa multidisciplinar, junto da sociedade atual, devendo ser encarada como uma mais-valia face ao acidente de trabalho.

<b>Código de Boas Práticas</b> <b>Associação Portuguesa Seguradores</b>	<b>Competências do enfermeiro especialista de Reabilitação</b>
<p><b>Na pessoa acidentada com alteração grave na funcionalidade/incapacidade adquirida, as seguradoras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Contactam a pessoa acidentada e/ou os seus familiares, após terem conhecimento do sinistro, prestando apoio psicológico quando necessário e recolhendo as informações sobre a pessoa acidentada e seu agregado familiar, indispensáveis ao adequado acompanhamento do processo;</li><li>b) Informam a pessoa acidentada e/ou os familiares dos seus direitos, esclarecendo a forma de proceder da seguradora, entregando informação por escrito, numa linguagem simples e acessível;</li><li>c) Estabelecem canais de comunicação específicos e personalizados, atribuindo um interlocutor privilegiado a cada pessoa acidentada e respetivo agregado familiar;</li><li>d) Acompanham as pessoas acidentadas no internamento hospitalar, e, em particular, na gestão da alta hospitalar, bem como noutras tomadas de decisão (como o processo de reabilitação), em articulação com os seus familiares e as Unidades de Saúde de retaguarda;</li><li>e) Efetuam adiantamentos por conta da indemnização nos casos de pessoas acidentadas de automóvel e pagam regularmente os dias de incapacidade nos acidentes de trabalho, até à cura</li></ul>	<p><b>A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL</b></p> <p><b>A1. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;</li><li>• A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;</li><li>• A1.3. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade;</li><li>• A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</li></ul>

- ou consolidação médico-legal das lesões, desde que a responsabilidade tenha sido assumida pela seguradora;
- f) Avaliam de forma precoce e continuada a evolução clínica da pessoa acidentada por médico com competências específicas na avaliação dos danos corporais na pessoa, orientando e intervindo no processo clínico sempre que tal se considerar necessário;
  - g) Efetua o levantamento e fornecimento dos produtos de apoio necessários, incluindo a adaptação de viatura, quando aplicável, condicionada às coberturas do contrato e da legislação vigente;
  - h) Mobilizam respostas atempadas para a prestação de serviços de reabilitação à pessoa acidentada;
  - i) Asseguram que as estruturas envolvidas na reabilitação das pessoas acidentadas reúnem requisitos técnicos necessários à prestação de serviços com qualidade;
  - j) Promovem e validam produtos de apoio que carecem de formação visando a sua correta utilização pelo acompanhamento do treino da utilização e da adequação dos produtos de apoio fornecidos;
  - k) Procuram ou fornecem respostas no âmbito dos cuidados de terceira pessoa;
  - l) Colaboram no planeamento e no controlo dos planos de assistência médica de carácter duradouro ou vitalício, avaliando anualmente o seu grau de eficácia;

**Ainda nos casos de pessoas acidentadas de automóvel:**

- m) Indemnicam os danos, com escrupuloso respeito pelos normativos em vigor, nomeadamente dos critérios estabelecidos na legislação vigente para formulação da proposta razoável de indemnização;
- n) Contribuem para a sustentabilidade

**A2. PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS.**

- A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos;
- A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.

**B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE**

**B1. DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA.**

- B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade;
- B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.

**B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.**

- B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado;

futura da pessoa acidentada e do seu agregado familiar.

- B2.2. Planeia programas de melhoria contínua;
- B2.3. Lidera programas de melhoria.

### **B3. CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO.**

- B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;
- B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

## **C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS**

### **ALTA CLÍNICA**

**C1. GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.**

#### **a) Preparação da alta clínica**

- i. A avaliação das necessidades concretas da pessoa acidentada deve começar o mais precocemente possível, garantindo-se que a alta definitiva só tem lugar após asseguradas todas essas necessidades;
- ii. Esta preparação deve ter em consideração as avaliações dos danos na pessoa que vão sendo realizadas pela equipa de peritos médicos;
- iii. Tem como objetivo a sinalização, pelos peritos médicos à seguradora, da previsão de necessidades

- C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

**C2. ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OPTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.**

- C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;

---

específicas no que se refere a apoios diversos: familiar (ex.: informação sobre as limitações e necessidades da pessoa acidentada; treino de gestos específicos que terão de realizar); clínico (ex.: identificação das necessidades específicas, seja de acompanhamento médico regular, de enfermagem); de reabilitação/reintegração (ex.: produtos de apoio, adaptação do domicílio, ajuda de terceira pessoa, retorno ao trabalho); social (ex.: necessidades económicas e outros tipos de apoio passíveis de serem encontrados junto da comunidade).

**b) Anúncio à pessoa/família, quanto às consequências definitivas do dano sofrido**

- i. A notícia sobre as consequências definitivas constitui uma competência do médico que acompanha a pessoa acidentada mas deve ser preparada em conjunto com a equipa de peritos médicos;
- ii. Esta notícia não deve constituir um momento isolado no tempo, devendo antes ir sendo preparada tendo em conta o caso concreto, e designadamente a forma como se desenvolve cada processo de luto;
- iii. Deve garantir-se, sempre que possível, que a informação prestada à pessoa acidentada corresponde à que é transmitida aos familiares (em paralelo ou em comum, conforme os casos), de forma a evitar criar ruídos na comunicação que estes irão estabelecer entre eles;
- iv. Não se deve retirar completamente a esperança às pessoas (sobretudo nos aspetos relativamente aos quais ainda não existem certezas clínicas) mas também não se devem criar expectativas irrealistas;
- v. A notícia deve ser sempre apresentada de uma forma positiva,

- C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

**D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

**D1. DESENVOLVE O AUTO-CONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE.**

- D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

**D2. BASEIA A SUA PRAXIS CLÍNICA ESPECIALIZADA EM SÓLIDOS E VÁLIDOS PADRÕES DE CONHECIMENTO.**

- D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;
  - D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;
  - D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.
-

---

contrapondo-se a informação quanto às perdas e limitações, com soluções quanto ao aproveitamento, desenvolvimento e otimização das capacidades restantes;

- vi. As pessoas e famílias devem ser informadas sobre as dinâmicas subsequentes do processo: o que vai ocorrer, onde e como, e com que objetivos.

**c) Formação especializada dos peritos médicos**

- i. A avaliação dos danos na pessoa deve ser entendida como um momento importante não apenas para a avaliação desses danos tendo em vista a sua reparação, mas também de apoio, quer ao luto, quer à reabilitação da pessoa, pelo que é fundamental que os peritos médicos detenham conhecimentos aprofundados sobre os mecanismos psicológicos do trauma, bem como competências para abordar pessoas em crise/luto, promovendo a sua resiliência e evitando a vitimização secundária;
  - ii. A avaliação dos danos na pessoa exige conhecimentos sobre legislação específica, de modo a que a perícia seja enquadrada dentro dos objetivos do direito no âmbito do qual a mesma possa ter lugar;
  - iii. A avaliação dos danos na pessoa exige conhecimentos médico-legais e forenses quanto às metodologias e boas práticas a adotar em cada modelo de avaliação específica (de acordo com as recomendações do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. – INMLCF);
  - iv. Atendendo à complexidade e especificidades da avaliação dos danos, os peritos médicos devem ser detentores de formação especializada e obtenção da Competência em Avaliação do Dano Corporal atribuída pela Ordem dos
-

**PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO  
E DE REABILITAÇÃO E  
REINTEGRAÇÃO**

**a) Avaliação**

- i. Médico-legal dos danos na pessoa e sua reparação;
- ii. Dos impactos dos acidentes na funcionalidade;
- iii. Dos potenciais de reabilitação e reintegração na perspectiva do retorno laboral;
- iv. Das necessidades de reabilitação e dos apoios para a reintegração.

No âmbito dos processos de reparação dos danos, na perspectiva subjacente ao modelo, podem ser necessárias – de forma total ou parcial – as seguintes avaliações especializadas:

- i. Parâmetros de dano na pessoa, temporários/permanentes (descrição, quantificação e fundamentação);
- ii. Capacidade funcional para a vida ativa e potenciais de desenvolvimento;
- iii. Necessidade de produtos de apoio/ajudas técnicas;
- iv. Capacidade de trabalho e de ganho, e necessidades de reabilitação profissional;
- v. Necessidade de adaptação de posto de trabalho;
- vi. Necessidade de assistência psicológica e/ou psiquiátrica à pessoa acidentada e de apoio psicoterapêutico à família;
- vii. Necessidade de readaptação da habitação e de veículo automóvel;
- viii. Necessidade de assistência de

**J1. CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EN TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS.**

- J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;
- J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto -cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;
- J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.

**J2. CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCICIO DA CIDADANIA.**

- J2.1. Elabora e implementa programa de treino de atividades de vida diária visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;
- J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

**J3. MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA.**

- J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio – respiratório;

terceira pessoa.

As avaliações referidas expressam-se em relatórios periciais, pareceres especializados e planos individuais de reabilitação e reintegração, contendo estes últimos as necessidades e potenciais das pessoas a trabalhar, as ações a desenvolver e tempos respetivos, e os resultados esperados.

- J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.

### **b) Reabilitação**

- i. Reabilitação funcional incluindo a relativa à preparação para a vida ativa;
- ii. Fornecimento de produtos de apoio/ajudas técnicas;
- iii. Assistência psicológica e/ou psiquiátrica às pessoas acidentadas;
- iv. Apoio psicoterapêutico e psiquiátrico às famílias;
- v. Ações de reabilitação profissional.

### **c) Reintegração**

- i. Apoio à reintegração na família, em estrutura de cuidados continuados de reabilitação ou em residência assistida;
- ii. Articulação com empregadores assegurando a mediação no retorno/acesso ao trabalho;
- iii. Acompanhamento das adaptações da habitação ou de postos de trabalho.

### **d) Indemnização**

- i. Indemnização do prejuízo da pessoa acidentada no que não foi possível reparar no decorrer do processo.



## **Como proceder em caso de acidente de trabalho/Resumo**

**(Anexo III)**

### **I. Primeiros Socorros**

O trabalhador sinistrado tem direito à prestação de socorros médicos e farmacêuticos imediatos e indispensáveis, bem como ao transporte mais adequado para um estabelecimento de saúde (hospital ou outro), em função da gravidade do seu estado, independentemente de qualquer apreciação da responsabilidade legal pelo acidente ou pela reparação.

Recorde-se que, nos termos da Lei 102/2009, de 10 de Setembro, que aprova o Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, as entidades empregadoras estão obrigadas a estabelecer as medidas a adotar em matéria de primeiros socorros e de emergência médica.

## **II. Participação do Acidente à Entidade Empregadora**

O trabalhador sinistrado (ou os beneficiários legais em caso de morte) deve participar o acidente de trabalho ao empregador nas 48 horas seguintes à sua ocorrência, salvo se aquele o tiver presenciado ou dele vier a ter conhecimento dentro deste período.

Esta participação pode ser verbal ou escrita.

Se, em virtude do estado do sinistrado ou de outra circunstância devidamente comprovada, não for possível fazer a participação dentro do referido período de 48 horas, o mesmo prazo começará a contar-se da cessação do impedimento – isto é, em caso de impedimento comprovado, a participação deve ser feita no prazo de 48 horas contadas da cessação do mesmo impedimento.

A não participação do acidente no tempo e no modo previsto na lei, que impossibilite o empregador ou o seu representante de prestar ao sinistrado a assistência necessária, tem como consequência a perda do direito a prestações devidas por incapacidade judicialmente reconhecida como consequência daquela falta de participação.

## **III. Obrigatoriedade de Seguro**

- O trabalhador sinistrado (ou os seus beneficiários legais em caso de morte) deve procurar certificar-se de que está abrangido por um seguro de acidentes de trabalho e, em caso afirmativo, qual a empresa seguradora responsável.

Nos termos da Lei, o empregador está obrigado a transferir a sua responsabilidade por acidente de trabalho para uma empresa seguradora e dos recibos de retribuição deve constar obrigatoriamente a identificação da empresa de seguros para a qual foi transferida a responsabilidade.

No caso de não existir seguro, a responsabilidade recai integralmente sobre o empregador.

- O trabalhador sinistrado (ou os seus beneficiários legais) deve procurar saber se o seguro existente transfere integralmente a responsabilidade do empregador para a empresa seguradora – nomeadamente se a retribuição declarada para efeitos de seguro corresponde à sua retribuição real.

No caso de a retribuição declarada para efeitos do seguro ser inferior à real, a empresa seguradora só é responsável em relação à retribuição declarada até ao valor correspondente ao salário mínimo nacional e o empregador responderá diretamente pela diferença.

- O trabalhador sinistrado deve procurar certificar-se se o acidente de trabalho foi comunicado pelo empregador à empresa seguradora nos termos legais.

Esta comunicação deve ser feita no prazo de 24 horas, a contar do conhecimento do acidente.

#### **IV. Participação ao Tribunal**

Conforme estabelecido na Lei de Acidentes de Trabalho em vigor, aquando da atribuição de uma incapacidade permanente parcial, o segurador tem de comunicar a mesma ao tribunal do trabalho do concelho do acidente.

Ser-lhe-á comunicado pelo segurador, através de carta, qual a incapacidade que lhe foi atribuída e que será posteriormente verificada no tribunal do trabalho. O tribunal notificará-lo-á para comparecer a um exame médico, tentativa de conciliação e

eventual junta médica. O grau de incapacidade final será determinado em sentença, pelo Juiz.

## **V. Pensão**

O tribunal do trabalho irá fixar uma pensão anual que, dependendo do seu montante e do grau de incapacidade subjacente, será paga mensalmente ou através de uma entrega única de capital (remissão da pensão), nos termos da Lei dos acidentes de trabalho em vigor. Caso se verifique um agravamento da situação clínica resultante do acidente (mesmo após a fixação da incapacidade permanente e da fixação da pensão), deverá contactar os serviços clínicos da sua Companhia de Seguros, esta o encaminhará, a fim de ser avaliada a sua situação clínica e, caso se justifique, ser dada a necessária e adequada assistência médica.

**ANEXO I – OPERACIONALIZAÇÃO DO MODELO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE SEGURADORES**



## **Modelo de Intervenção e Acompanhamento das Pessoas Acidentadas segundo a Associação Portuguesa de Seguradores**

[http://www.apseguradores.pt/CMS\\_BO/ResourceLink.aspx?ResourceId=214](http://www.apseguradores.pt/CMS_BO/ResourceLink.aspx?ResourceId=214)

O modelo apresentado, integra dinâmicas, princípios orientadores bem com objetivos específicos e envolve um conjunto alargado de intervenções e de intervenientes (equipa multidisciplinar - médicos, enfermeiros, fisiatras, assistentes sociais, psicólogos e pessoal administrativo). A duração deste processo de acompanhamento pode ser significativa e complexa.

Importa por isso descrever a boa ordem em que devem ocorrer os acompanhamentos, os contributos necessários em cada etapa e as responsabilidades respetivas, criando assim as condições de operacionalização do modelo de modo a esclarecer e orientar os diversos intervenientes.

Etapas e procedimentos:

- Ocorrência do sinistro, ou seja o acidente de trabalho;
- Realização da participação do sinistro/acidente de trabalho pela entidade empregadora e envio para avaliação na Seguradora;
- Averiguação da participação por parte da Seguradora, comunicação à entidade empregadora;
- Designação de um administrativo de caso / sinistro / processo (adiante designado por gestor), por parte da seguradora, após conhecimento do sinistro, assim como médico e enfermeiro que realize o acompanhamento durante a assistência hospitalar;
- Contacto, o mais precocemente possível, com a pessoa acidentada e família;
- Contacto com estrutura hospitalar em que está inserida a pessoa acidentada, o mais precocemente possível;

- Acompanhamento regular da pessoa acidentada e da assistência que lhe está a ser prestada;
- Preparação da alta clínica hospitalar;
- Enquadramento da pessoa acidentada e família sobre as consequências permanentes do sinistro;
- Informação à pessoa acidentada e família sobre etapas seguintes do processo de reabilitação, compreendendo todas as fases que o mesmo possa englobar, esclarecendo-os sobre o que vai ser feito, respetivos objetivos, intervenientes e tempos;
- Sinalização das necessidades de reabilitação médico-funcional da pessoa acidentada;
- Sinalização da estrutura a mobilizar para o programa de reabilitação médico funcional;
- Ativação do processo de fornecimento de produtos de apoio, por parte da seguradora;
- Preparação de cuidador e do retorno à residência;
- Avaliação da acessibilidade da residência e sinalização de eventuais necessidades de adaptação, por parte da equipa multidisciplinar da seguradora;
- Atribuição dos apoios / realização das adaptações necessárias, por parte da seguradora em caso de regresso ao domicílio;
- Ativação da avaliação inicial dos danos, por parte da equipa clínica de peritos médicos da seguradora (a data da primeira avaliação dependerá da gravidade de cada caso, mas deverá ocorrer no prazo de 30 dias após o acidente, sempre que possível). Esta avaliação tem como objetivos:
  1. Avaliar a qualidade/adequabilidade dos tratamentos que estão a ser ministrados (incluindo medidas de reabilitação);

2. Efetuar uma previsão dos danos futuros, que permita à seguradora constituir uma provisão;

3. Sinalizar as eventuais necessidades (ex. produtos de apoio, adaptação do domicílio, apoio de terceira pessoa);

4. Contribuir para a preparação da alta clínica (retorno ao domicílio);

- Mobilização de estruturas de reabilitação médico-funcional por parte da seguradora;

- Acompanhamento regular da pessoa acidentada e dos cuidados de reabilitação prestados;

- Avaliação dos resultados da reabilitação médico-funcional, envolvendo os profissionais de saúde e a pessoa acidentada;

- Enquadramento da pessoa acidentada e família acerca da etapa seguinte;

- As avaliações de seguimento dos danos devem ser realizadas pela mesma equipa que procedeu à primeira avaliação, sempre que possível, com a periodicidade adequada a cada caso (estas avaliações têm os mesmos objetivos da primeira, devendo ir concretizando-se, sempre que possível, cada um deles);

- Mobilização da entidade de reabilitação e reintegração para a avaliação e elaboração do plano, escolhida, tanto quanto possível, por acordo entre seguradora e pessoa acidentada;

- Disponibilização da informação clínica à entidade de reabilitação, por parte da seguradora;

- Realização das atividades de avaliação da pessoa e contextos, pela equipa de avaliação da entidade de reabilitação, identificando: impactos do acidente na funcionalidade; potenciais e necessidades de reabilitação e reintegração, incluindo eventual necessidade de produtos de apoio;

- Elaboração do relatório de avaliação e do plano individual de reabilitação e reintegração profissional e social ou do plano individual de reabilitação e reintegração familiar ou residencial, pela entidade de reabilitação;
- Acompanhamento da dinâmica de avaliação da equipe de peritos em DANO da seguradora (em caso de processos de avaliação mais prolongados);

Envio do relatório e do plano para a seguradora e para a pessoa acidentada, em simultâneo, a cargo da entidade;

- Tomada de decisão relativamente à implementação do plano individual, por parte da seguradora, no prazo máximo de 30 dias de reabilitação;
- Conclusão do processo com revisão das atividades efetuadas e dos resultados alcançados, envolvendo pessoa acidentada e família;
- Enquadramento dos apoios futuros da seguradora no âmbito das necessidades permanentes da pessoa acidentada, especificando formas de articulação e tempos de referência. Deve ser realizada pela mesma equipa que procedeu à primeira avaliação e às de seguimento, sempre que possível. Deve ter lugar quando se atingir a estabilização clínica das lesões e as medidas apropriadas à reabilitação tiverem sido implementadas. Tem como objetivos:

1. Escrever e quantificar os danos temporários e permanentes, incluindo os patrimoniais e extrapatrimoniais;

2. Identificar as necessidades permanentes (ex.: produtos de apoio; adaptação do domicílio, do local de trabalho ou de veículo; apoio de terceira pessoa);

- Atribuição da indemnização devida pelos prejuízos sofridos pela pessoa acidentada, no que não foi possível reparar no decorrer do processo após avaliação em Tribunal de Trabalho;
- Acompanhamento periódico das pessoas acidentadas reintegradas social e profissionalmente nos primeiros 2 anos após conclusão do processo de reabilitação e reintegração, por parte da seguradora;

- Acompanhamento periódico das pessoas acidentadas integradas em apoio residencial assistido em instituição ou regressadas ao seu domicílio, com ou sem apoios especializados.



**ANEXO II – MODELO DE ATUAÇÃO DA ASSOCIATION OF  
REHABILITATION NURSES**



## **FUNÇÕES DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO COMO GESTOR DO PROCESSO, SEGUNDO A ASSOCIATION OF REHABILITATION NURSES**

<http://www.rehabnurse.org/pubs/role/Role-Rehab-Nurse-Case-Manager.html>

O Enfermeiro de reabilitação gestor de processo utiliza os princípios de enfermagem de reabilitação, tal como definido no âmbito da prática de enfermagem de reabilitação pelas normas desenvolvidas pela Association of Rehabilitation Nurses, American Nurses Association e Case Management Society of América. As funções do gestor do processo podem ser divididas em várias categorias, que são descritas de seguida.

### **Colheita de dados e avaliação**

1. Obtém todas as autorizações necessárias para entrar em contacto com indivíduo e família para uma entrevista inicial de avaliação;
2. Comenta e analisa as informações colhidas na consulta com o indivíduo, elementos da equipa de saúde, empregadores, familiares, representante legal e pessoal, seguros, entre outros;
3. Comenta e avalia a história pessoal e médica do indivíduo, status atual, diagnóstico, prognóstico, plano de tratamento atual, e o nível do prestador de cuidados;
4. Avalia as necessidades de aprendizagem do indivíduo relacionadas com o diagnóstico médico e prognóstico, cuidadores, opções de tratamento, recursos financeiros, apoio psicossocial e mecanismos de resposta e o potencial de reabilitação profissional;
5. Avalia a base do conhecimento da família, estado de saúde, expectativas e para a realidade ou de um membro da família como principal cuidador;
6. Identifica os membros da equipa apropriados para cada indivíduo.

Análise dos dados e formulação do diagnóstico de enfermagem

1. Identifica quaisquer alterações temporárias ou permanentes que resultaram do acidente ou doença;
2. Identifica desafios potenciais ou complicações fisiológicas e/ou psicossociais;
3. Identifica potenciais dificuldades na reintegração à comunidade;
4. Identifica as necessidades de aprendizagem dos demais indivíduos significativos;
5. Considera a história profissional para reencaminhar de volta ao trabalho.

#### Estabelecimento de metas e planos de cuidados

1. Estabelece metas realistas para alcançar resultados ideais para o indivíduo. Isso é feito em colaboração com o indivíduo e/ou família e com a equipa interprofissional, dentro dos recursos disponíveis;
2. Auxilia o indivíduo, a família, e a equipa a identificar as variáveis que podem influenciar a realização de objetivos;
3. Desenvolve um plano abrangente que inclui metas de curto e longo prazo e medidas preventivas. Identifica alternativas para o tratamento do indivíduo;
4. Estabelece prazos para cumprimento das metas.

#### Implementação

1. Utiliza princípios de reabilitação para promover resultados ótimos para o indivíduo;
2. Efetua uma avaliação permanente do indivíduo, da família e/ou cuidador;
3. Coordena o acesso a cuidados alternativos;
4. Coordena o acesso a programas e recursos do governo e da comunidade;
5. Coordena e avalia a relação custo-benefício do uso de equipamentos médicos, materiais, medicamentos e toda a gama de serviços pelo indivíduo e família;
6. Fornece instruções ao indivíduo e família com base nas necessidades de aprendizagem identificadas;

7. Coordena instruções ou aconselhamentos de forma agradável para o indivíduo e família, com base nas necessidades de aprendizagem identificadas;
8. Oferece educação, orientação, recomendações e fontes de referência em relação a alternativas de cuidados e serviços;
9. Intervém prontamente, quando necessário, para promover o funcionamento ideal e prevenir complicações;
10. Colabora com a equipa de saúde para o planeamento dos cuidados ou no retorno do indivíduo á comunidade;
11. Coordena o plano de alta com a equipa de saúde e prestadores de serviços.

#### Colaboração

1. Colabora com a equipa de saúde, entidades responsáveis, comunidade, fornecedores e representantes legais para garantir a continuidade dos cuidados ao indivíduo, através de todos os serviços de saúde;
2. Promove a comunicação eficaz entre os membros da equipa de saúde, incluindo o indivíduo, família, seguro e empregador;
3. Participa de reuniões de equipa;
4. Incorpora recomendações e/ou serviços dos membros da equipa interprofissional no plano de cuidados;
5. Comunica com outros gestores de processo ao longo do continuum de cuidados para a coordenação das necessidades do indivíduo.

#### Documentação

1. Fornece documentação verbal e escrita da avaliação inicial e do progresso do indivíduo para a fonte de referência e/ou outras apropriadas em tempo útil;
2. Fornece uma análise de custo e necessidades para o futuro para a fonte de referência;

3. Fornece um resumo por escrito de informações educacionais para o indivíduo, família, ou fonte de referência.

#### Reintegração na Comunidade

1. Auxilia o indivíduo e família a antecipar as necessidades e a fazer planos para o regresso a casa ou a um local alternativo de vida;

2. Recomenda e coordena os serviços de apoio domiciliário antes e após a alta;

3. Auxilia na seleção e organização consciente e rentável, dos equipamentos e serviços comunitários de qualidade;

4. Organiza serviços de monitorização da qualidade dos cuidados.

#### Quando o indivíduo vai viver em casa

1. Auxilia na determinação do nível mais adequado de tratamento para o indivíduo;

2. Escolhe o local e dá assistência;

3. Avalia se o local é adequado para atender às necessidades do indivíduo.

4. Auxilia o indivíduo e a família a antecipar as necessidades e a fazer planos para o regresso á comunidade;

5. Organiza avaliações por conselheiros educacionais ou de formação profissional, quando indicado;

6. Auxilia o indivíduo e a família a planear o regresso á escola e/ou ambiente de trabalho, através da colaboração com um conselheiro profissional, do contacto com o sistema escolar ou entidade empregadora;

7. Se o emprego competitivo não for uma opção para o cliente, auxiliar o indivíduo e da família a identificação atividades comunitárias, recursos e/ou trabalho voluntário;

8. Garante que o financiamento está disponível para os serviços através da fonte de referência ou outros recursos.

## Avaliação

1. Executa reavaliações periódicas da resposta e do progresso face às metas de tratamento do indivíduo;
2. Facilita e participa de conferências que forneçam uma avaliação contínua da dinâmica interprofissional, alcance de metas e revisão do plano de tratamento;
3. Facilita o encerramento do processo com base na resposta do indivíduo, o progresso face às metas de tratamento e critérios estabelecidos;
4. Determina uma análise de custo/benefício para a agência ou fonte de referência no encerramento do caso.

## Garantia de qualidade

1. Dispõe sobre a avaliação de serviços de gestão do processo;
2. Incorpora dados avaliados na prestação de serviços da gestão do processo em curso;
3. Adere aos padrões de prática estabelecidos pela Association of Rehabilitation Nurses, American Nurses Association e Case Management Society of América.
4. Fornece serviços de gestão de processos de acordo com o Código de Ética da American Nurses Association para Enfermeiros.







