

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

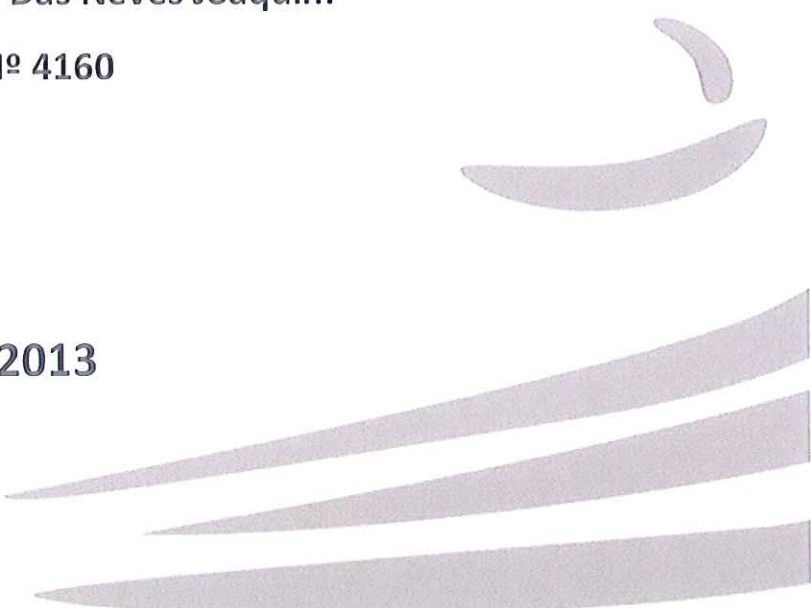
Enfermagem de Reabilitação

REINTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA DA PESSOA COM HEMIPLEGIA E SUA FAMÍLIA: QUAIS AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO?

Sandra Marisa Das Neves Joaquim

Nº 4160

2013





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Reabilitação**

**REINTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA DA PESSOA COM HEMIPLEGIA E SUA
FAMÍLIA:
QUAIS AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO?**

Sandra Marisa Das Neves Joaquim Nº 4160

Professor Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

Maio

2013

“ Só quando o cuidar tem como horizonte a saúde da pessoa, é que o profissional toma consciência que não há situações de cuidados complexas ou simples, mas sim situações únicas, todas diferentes umas das outras nas quais o prestador de cuidados cuida”

Hesbeen (2010)

AGRADECIMENTOS

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

Quero agradecer ao Professor Orientador Joaquim Paulo Oliveira e às Enfermeiras dos campos de estágio, que tão bem me acolheram: Enf.^a Ana Pinheiro e Enf.^a Adelaide Lavado do serviço de NC e Enf.^a Joaquina Ribeiro, Enf.^a Deolinda e Enf.^a Raquel Bolas da URFR, por toda a disponibilidade, estímulo positivo contínuo, orientações e partilha de saberes valiosos, que me permitiram evoluir ao longo deste caminho.

Agradeço também à minha Chefe Enf.^a Helena Bernardes, à Enf.^a Especialista em Enfermagem de Reabilitação do meu serviço, Enf.^a Carla Bogalho, bem como a toda a Equipa de Enfermagem, que mais do que colegas de trabalho se revelaram sobretudo amigos e companheiros pelo apoio e motivação constantes que sempre me transmitiram.

À Andreia Martins pelo incentivo, motivação e conselhos preciosos.

Por fim um agradecimento muito especial aos meus Pais e Amigos por todo o apoio, carinho e amizade com que me brindaram neste percurso e a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AC- Autocuidado

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CMFRA- Centro de Medicina Física e reabilitação de Alcoitão

EEER- Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCL- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGA- Equipa de Gestão de Altas

ENF.^a- Enfermeira

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HSM - Hospital de Santa Maria

LEMP- Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva

LOE- Lesões Ocupando Espaço (LOE)

NC- Neurocirurgia

OE- Ordem dos Enfermeiros

QV- Qualidade de Vida

RC- Reintegração Comunitária

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

SNC- Sistema Nervoso Central

TCE- Traumatismo Crânio-Encefálico

URFR- Unidade de Readaptação Funcional Respiratória

RESUMO

A realização do mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de reabilitação, cursado na ESEL, constituiu um marco significativo no meu desenvolvimento pessoal e profissional, tendo culminado na realização deste relatório. Neste relatório descrevo os objetivos e as atividades desenvolvidas, fazendo uma análise reflexiva da evolução potenciada pelos estágios no meu exercício profissional, bem como pretendo dar visibilidade à aquisição e desenvolvimento das competências como EEER.

Os estágios foram realizados em dois momentos de aprendizagem. No primeiro integrei a equipa do serviço de NC do HSM, onde a multiplicidade de situações implicou a aquisição e mobilização de conhecimentos na área da reabilitação motora. Nesta área desenvolvi atividades para a identificação e satisfação das necessidades de AC, com vista à RC da pessoa com hemiplegia e sua família, promovendo a articulação com a comunidade. No segundo momento de aprendizagem integrei a equipa da URFR do HSM, onde pude desenvolver a área da reabilitação respiratória, do treino de exercício e da readaptação ao esforço, tendo as atividades realizadas contribuído significativamente para a melhoria da QV da pessoa e sua família.

Neste percurso mobilizei e articulei conhecimentos teóricos com a prática clínica, à luz da Teórica de Enfermagem Dorothea Orem, de modo a num processo dinâmico de aprendizagem e construção de saberes, traçar uma identidade profissional como EEER.

Palavras-chave: hemiplegia; reabilitação; família; autocuidado; reintegração comunitária e enfermeiro especialista de reabilitação

ABSTRACT

The completion of the master's in nursing in the area of specialization in rehabilitation nursing, attended the ESEL marked a significant milestone in my personal and professional development, culminating in the production of this report. In this report describe the objectives and activities, making a reflective analysis of the evolution potentiated by stages in my professional practice, and intend to give visibility to the acquisition and development of skills as Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing.

The stages were conducted in two stages of learning. In the first integrated the service team of Neurosurgery, HSM, where the multiplicity of situations involved the acquisition and mobilization of knowledge in the field of motor rehabilitation. Development activities in this area to identify and meet the needs of self-care for the community reintegration of people with hemiplegia and their families, promoting interaction with the community. In the second learning integrated the team URFR HSM where I could develop the area of respiratory rehabilitation, exercise training and rehabilitation effort, and the activities contributed significantly to improving the quality of life of the person and their family .

This route mobilized and articulated theoretical knowledge and clinical practice in the light of Theoretical Nursing Dorothea Orem, so a dynamic process of learning and knowledge construction, draw a professional identity as a Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing.

Keywords: hemiplegia, rehabilitation, family, self-care, community reintegration and rehabilitation specialist nurse

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO.....	9
1.FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DA ÁREA TEMÁTICA	13
2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	19
2.1 A Pessoa com Hemiplegia e a Enfermagem de Reabilitação.....	20
2.2.Necessidades de Autocuidado da Pessoa com Hemiplegia e sua Família: Quais as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reintegração Comunitária?	23
2.3- Prevenção de Riscos na Pessoa com Hemiplegia e sua Família	29
2.4- Articulação com a Comunidade.....	30
3. RUMO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	32
3.1. Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e percursos formativos utilizados no sentido de aquisição de competências na área de enfermagem de reabilitação	34
3.2 Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e percursos formativos utilizados no sentido de aquisição de competências na área de enfermagem de reabilitação respiratória	60
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
5. BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS.....	75
ANEXO I – Escala de Glasgow	76
ANEXO II – Escala de Lower	77
ANEXO III – Escala de Ashworth	78
ANEXO IV – Índice de Barthel	79
ANEXO V – Escala de NIH.....	80
ANEXO VI – Escala de Borg	81
ANEXO VII – Questionário de Saint George’s.....	82
APÊNDICES.....	83
APÊNDICE I – Projeto de Formação	84
APÊNDICE II – Cronograma de Estágio	85
APÊNDICE III – Planeamento das Atividades	86
APÊNDICE IV – Guião de Entrevista NC	87

Relatório de Estágio

APÊNDICE V – Plano de Cuidados NC	88
APÊNDICE VI – Panfleto Hemiplegia.....	89
APÊNDICE VII – Panfleto Treino de AVD.....	90
APÊNDICE VIII – Folha Orientadora de Ensinos.....	91
APÊNDICE IX – Planeamento de Atividades URFR.....	92
APÊNDICE X – Espirómetro Incentivo	93
APÊNDICE XI – Plano de Cuidados URFR	94

INTRODUÇÃO

No exercício da minha atividade profissional tenho observado cada vez mais a importância das pessoas terem acesso a cuidados de enfermagem de reabilitação o mais precocemente possível. Desta necessidade detetada foi crescendo o meu interesse e determinação em desenvolver e adquirir competências na vertente da enfermagem de reabilitação, o que me levou a frequentar um mestrado de natureza profissional nesta área de especialização.

No âmbito do mestrado de enfermagem na área de especialização em enfermagem de reabilitação foi-me proposto a elaboração de um projeto de formação (Apêndice I, p.85), o qual se revelou num processo dinâmico de autotransformação nas dimensões do saber, saber-fazer e saber-ser. Neste processo assumi a responsabilidade pela minha aprendizagem em função das necessidades sentidas tanto a nível pessoal e profissional.

Todo o percurso culminou na elaboração deste relatório de estágio, que pretende dar visibilidade às competências técnicas, científicas e humanas na área da enfermagem de reabilitação, que desenvolvi como futura EEER, assim como, dar ênfase ao contexto prático de interação com a pessoa, família e comunidade. Para tal pretendo relacionar os conhecimentos teóricos adquiridos com as experiências clínicas e atividades desenvolvidas ao longo dos vários momentos de aprendizagem. Viso também realçar as implicações da prática clínica na minha vida profissional, bem como demonstrar as estratégias adotadas para atingir os objetivos que haviam sido traçados no meu projeto de formação.

Face ao atual contexto político, económico e social, bem como ao crescente desenvolvimento científico e tecnológico, tem sido possível oferecer à sociedade intervenções cada vez mais especializadas, que têm como finalidade atrasar os

efeitos nefastos dos problemas de saúde, prevenindo e tratando a doença, prolongando a vida e minimizando as consequências da incapacidade. Surge, assim, a reabilitação como uma das respostas, no sentido de preparar a pessoa para viver o melhor possível, maximizando as capacidades de que dispõe, face a uma nova situação de saúde.

A reabilitação assume um domínio de intervenção extremamente vasto, no qual o EEER para ter sucesso deve desenvolver competências transversais a todos os especialistas e específicas da sua área de intervenção. Para tal, é fundamental uma prática clínica baseada na prática reflexiva, onde o EEER através da reflexão na ação e sobre a ação desenvolve competências e constrói novo conhecimento. A reflexão revelou-se imprescindível na compreensão de que para progredir temos que ser plurais, isto é englobar todos os saberes para criar novas possibilidades de investigação. O desenvolvimento de competências e a prática reflexiva assumem assim um importante instrumento de evolução do EEER e, consequentemente da enfermagem, uma vez que se traduz em melhores cuidados para a pessoa e família.

Foi neste espírito de atingir a excelência no cuidar e de incutir processos de mudança e inovação, que surgiu a minha inquietação pessoal de implementar estratégias de intervenção na promoção do AC e da RC da pessoa com hemiplegia e sua família. Neste contexto, o tema do meu trabalho é: "Reintegração Comunitária da Pessoa com Hemiplegia e sua Família: Quais as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação?"

Pretendo dar resposta a esta temática sempre numa linha de pensamento que vai de encontro ao Modelo de Enfermagem proposto por Orem (2001), que se constituirá como um referencial teórico para a minha prática junto da pessoa com hemiplegia e sua família, o qual enfatiza a promoção do AC e a educação como papéis primordiais da enfermagem.

Realizei os estágios no CHLN-HSM dado ser uma instituição cuja missão e princípios vão de encontro às minhas expectativas de desempenho profissional, pois

baseiam-se na garantia da equidade; universalidade de acesso a uma assistência eficaz; promoção da qualidade e da excelência dos cuidados. Por outro lado o facto de o HSM ser a instituição onde exerço funções constituiu uma mais-valia, na medida em que pude contribuir para o desenvolvimento de intervenções que vão melhorar a qualidade dos cuidados no meu contexto de trabalho. Estes aspetos foram determinantes para a escolha do HSM como campo de estágio, sendo que a preferência dos serviços de NC e URFR prenderam-se com o facto de considerar que são dois locais de grande riqueza em experiências de aprendizagem que constituíram um desafio pessoal e profissional.

Inicialmente um dos locais de estágio iria ser o serviço de internamento de Pneumologia Piso 9 do HSM, mas dado este ter encerrado foi-me dada a oportunidade de realizar estágio na URFR. Esta alteração no percurso, que estava previamente delineado, fez-me crer que nada acontece por acaso, na medida em que a passagem pela URFR me permitiu uma experiência mais abrangente, dado ter prestado cuidados não só numa vertente de internamento mas também em ambulatório.

O primeiro estágio foi realizado no serviço de NC do HSM, com a duração de 10 semanas, de 9 de Outubro a 14 de Dezembro de 2012. O segundo estágio decorreu na URFR do HSM, com a duração de 7 semanas, tendo decorrido de 2 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2013, tal como podemos visualizar no Cronograma de Estágio (Apêndice II, p 86).

Na sua estrutura este relatório incluirá cinco capítulos. O primeiro onde se encontra a introdução, que contextualiza o trabalho e apresenta os objetivos. Um segundo capítulo onde faço referência à fundamentação da escolha da área temática. O terceiro capítulo é alusivo ao enquadramento conceptual, onde clarifico conceitos que ajudaram na caracterização da problemática em estudo e onde abordo aspetos relacionados com a preparação da RC da pessoa com hemiplegia e sua família, tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem. O quarto capítulo é intitulado de rumo à aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação, onde

foco as atividades desenvolvidas e os percursos utilizados no âmbito da aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação. No quinto e último capítulo, estão contempladas as considerações finais, que incluem uma análise dos aspetos principais deste percurso, dificuldades sentidas e propostas/sugestões de mudança individual.

No que diz respeito às referências bibliográficas estão de acordo com as normas adotadas pela ESEL, Normas da American Psychological Association (APA) (6ª edição). Nos anexos e apêndices estão contemplados os instrumentos de avaliação/documentos considerados pertinentes para o percurso em causa.

Na elaboração deste relatório foi também atendida a consulta dos jornais de aprendizagem e reflexões elaborados ao longo dos estágios.

1.FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DA ÁREA TEMÁTICA

Atualmente, com as novas tecnologias, modificações das organizações e da sua estrutura, tem-se verificado que, cada vez mais nos locais de trabalho, nos são solicitadas múltiplas competências, para fazer face às exigências de uma sociedade em constante e frenética mutação.

Há cada vez mais ênfase nas competências não técnicas, como as do foro pessoal e relacional; de saber comunicar; saber trabalhar em equipa; saber tomar decisões; gerir e liderar, que pretendem traçar um perfil profissional mais dinâmico, com vista a uma enfermagem cada vez mais especializada, holística e humana.

Para além das competências não técnicas, o cuidar em enfermagem de reabilitação exige também o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, sendo uma arte que visa articular um vasto campo de conhecimentos com uma vertente prática e simultaneamente holística, tendo assim, como instrumento a relação e o conhecimento e como inspiração o cuidar.

Nesta linha de pensamento Hesbeen (2010, p.35) fala-nos no “espírito da reabilitação” como uma característica que permite a cada profissional: “mudar a visão dos fatos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem; um interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afeção ou às suas características”. O mesmo autor (2010, p.35) salienta também que aliado ao espírito de reabilitação o profissional deve ser dotado de uma “inteligência afetiva”, isto é, “capacidade de se desejar, simplesmente, ser alguém preocupado em acompanhar outro alguém para tentar ajudá-lo”. Neste contexto, senti necessidade de aperfeiçoar as minhas competências enquanto pessoa e profissional na área da enfermagem de reabilitação, uma vez que considero que esta especialidade é privilegiada, na

medida em que pode ser exercida em qualquer contexto de cuidados e em qualquer fase do ciclo da vida da pessoa/família.

Por outro lado a escolha deste tema prendeu-se também com uma motivação pessoal e profissional, dado já ter trabalhado em cuidados continuados, onde sempre me fascinou os cuidados à pessoa com sequelas sensório-motoras, e onde pude constatar que as doenças cerebrovasculares continuam a ser a maior causa de incapacidade, constituindo assim um problema de saúde pública.

A hemiplegia é um dos deficits funcionais mais comuns decorrente de doenças cerebrovasculares, nomeadamente do AVC, levando à disfuncionalidade do membro e a complicações secundárias como o ombro doloroso, que limitam as AVD e reduzem a QV (Freitas, 2011).

Sendo o AVC a causa mais frequente de hemiplegia, considerei pertinente analisar dados recentes que o apontam como sendo a terceira maior causa de morte no mundo nas pessoas acima de 20 anos (Silva, Schoeller e Silva , 2012; Sá, 2009; Bejot *et al.*,2007;Lopez *et al.*,2006) e que afeta indivíduos de ambos os sexos acima dos 50 anos de idade (Lotufo, 1996). Também segundo Ropper & Samuels (2009), nas últimas duas décadas a prevalência do AVC tem vindo a aumentar, apesar da taxa de mortalidade ter diminuído para 12%.

No que diz respeito a Portugal, este surge como um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos, prevendo-se um aumento nas próximas cinco décadas, superior ao dobro da população idosa atual (Instituto Nacional de Estatística, 2009). Perante estes dados adivinha-se um aumento da incidência das doenças crónicas nos próximos anos, incluindo o AVC, cuja prevalência aumenta exponencialmente com a idade (Truelsen *et al.*, 2006).

Outros estudos epidemiológicos realizados em Portugal revelaram que em 2006 havia uma incidência de AVC que variava entre 173 e 202 pessoas por 100.000 habitantes por ano, respetivamente em áreas rurais e urbanas (Sá, 2009). Deste

modo, podemos perceber que o AVC é, sem dúvida, um dos maiores causadores de lesões cerebrais que originam a hemiplegia, sendo em Portugal primeira causa de morte e também principal causa de dependência e incapacidade. Este aspeto é também corroborado por Moon *et al.* (2003) que salienta que os sobreviventes de AVC ficam frequentemente com alguma incapacidade e muitos ficam dependentes de cuidadores.

A hemiplegia representa uma das formas mais frequentes de incapacidade no adulto, modificando a sua forma de participação nas atividades sociais, profissionais e de AC (Lourenção, Tsukimoto & Battistela, 2006). Deste modo para lidar com a incapacidade na hemiplegia, geradora de grandes repercussões nas várias dimensões da pessoa, urge a necessidade do desenvolvimento de novas políticas em todos os setores de atividade da sociedade. Este aspeto é reforçado por Menoita *et al.* (2012), que salienta a importância da criação de estruturas que possibilitem à pessoa o exercício dos seus direitos de cidadania; a disponibilização dos recursos necessários para uma vivência mais autónoma e responsável, bem como a transformação de preconceitos negativos associados ao fenómeno da incapacidade, pois só assim a pessoa se sentirá como membro ativo da sociedade.

Nesta linha de pensamento se tivermos em conta as atuais políticas de saúde que visam altas cada vez mais precoces, percebemos que vão implicar um aumento das necessidades de cuidados no domicílio. No entanto, frequentemente os familiares não estão preparados para cuidar no domicílio, o que faz com que a reabilitação da pessoa com hemiplegia constitua um grande desafio para a pessoa/família, bem como para os profissionais de saúde, em especial para os EEER do meio hospitalar e da comunidade, que devem trabalhar em articulação.

Compete ao EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, criar um plano de reabilitação adaptado à pessoa com hemiplegia e sua família. Este plano de reabilitação deve incluir estratégias de promoção de AC e de RC, que envolva a pessoa/família, que os encaminhe e capacite, de forma a dar resposta às suas

necessidades, com vista a alcançarem o máximo de autonomia nas AVD e melhorar a sua QV no regresso a casa (Specht, 2007; Bocchi, 2004).

Para que o plano de reabilitação seja adequado à pessoa cuidada, Hesbeen (2010) reforça que a eficácia desta ajuda só poderá ser real se ela fizer sentido para a existência de quem é cuidado. O prestador de cuidados tem como missão ajudar a pessoa a viver com sentido para si própria, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção. Deverá acolher a pessoa caminhando a seu lado, de modo a que façam o caminho da recuperação juntos. O autor supracitado (2010) refere também que o EEER oferece um “mapa das estradas”, contudo, não se limita a indicar por onde deve seguir, mas sim disponibiliza recursos e mostra os diferentes caminhos para lá chegar, ambicionando não só a reparação do corpo mas também o bem-estar da pessoa na singularidade da sua existência.

O plano de reabilitação deverá ter continuidade na comunidade, ganhando aqui terreno o EEER da comunidade, uma vez que este irá intervir diretamente no contexto de vida/domicílio da pessoa e família, e terá que ter em conta que “as repercussões da doença não afetam só o doente, estendem-se também à família provocando uma situação de desorganização e de stress familiar” (Martins, 2006, p.7).

Segundo Marcon *et al.* (2002) a família é a maior responsável pela continuidade do bem-estar físico e psíquico da pessoa, assim como, pela recuperação de sequelas em âmbito domiciliário. Neste contexto ao ser confrontado com a doença crónica, todo o sistema familiar é atingido, sendo que daí advém a necessidade de um acompanhamento familiar contínuo, bem como a sua inserção nos cuidados. Deste modo é importante aceitar a família como melhor meio para a integração de pessoas com défices de AC na comunidade (Campos, Padilha & Oliveira, 2012), sendo determinante iniciar o mais precocemente possível, no internamento, o ensino aos familiares que vão cuidar da pessoa no domicílio (Martins, 2006).

De acordo com Menoita *et al.* (2012, p.25) “a continuidade de cuidados de enfermagem pressupõe um continuum entre o meio hospitalar e a família/comunidade”. A importância da continuidade de cuidados na comunidade é abordada em vários estudos. Num estudo de Arts, Kwa & Dahmen (2008), que avaliaram a satisfação das pessoas face a um programa de cuidados pós alta, obtiveram que 71% dos participantes estavam satisfeitos com um programa de cuidados após a alta e que isso se refletia no aumento da sua capacidade para realizar as AVD e consequentemente apresentavam menos sintomas de depressão. Este aspeto é também corroborado por um estudo de Reis & Cobucci (2011) que ao estudarem a preparação para a alta hospitalar, concluíram que nas situações em que houve uma orientação dos familiares nesse sentido, esta se revelou positiva e impactante na realização dos cuidados à pessoa no domicílio.

Por outro lado um estudo de Almborg *et al.* (2009) revelou que no planeamento da alta, os familiares de pessoas que sofreram AVC revelaram que sentiram necessidade de mais informações e conhecimentos acerca da patologia, da medicação e das técnicas de reabilitação, para apoiarem o seu familiar dependente no domicílio. Referiram também, que podiam ter sido mais envolvidos no processo de modo a compreenderem melhor as necessidades do seu familiar no domicílio. Neste contexto pretendo desenvolver os cuidados/ensinos necessários para promover uma RC o mais eficaz possível, não esquecendo a perspetiva dos cuidados à família, que não pode ser negligenciada, uma vez que exerce uma importância fulcral na promoção do AC da pessoa no seu regresso a casa.

Pretendo realizar o meu trabalho na área da RC da pessoa com hemiplegia e sua família, dado o desafio que esta problemática constitui para o EEER tanto a nível hospitalar como na comunidade, bem como dar visibilidade à profissão de enfermagem e desenvolver as competências do 2º ciclo de Bolonha, as comuns ao enfermeiro especialista e as específicas do EEER. Considero que com a elaboração deste trabalho posso colocar em prática os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares, que sempre estimularam para a investigação e reforçaram a sua importância para a disciplina e para a enfermagem.

Através das pesquisas que efetuei para a realização deste trabalho verifiquei que existem poucos estudos científicos sobre a hemiplegia no âmbito da enfermagem de reabilitação, pelo que se torna fundamental apostar na investigação nesta área, até porque de acordo com Horn *et al.* (2003) a hemiplegia é a principal causa de incapacidade grave na sociedade atual, logo há muito trabalho a desenvolver neste campo de intervenção do EEER.

Esta temática será abordada à luz de uma teórica de enfermagem, que foi sendo trabalhada ao longo do curso, e que neste caso escolhi o Modelo de Enfermagem de Orem (2001), que se constituirá como um referencial teórico para direcionar a minha prática junto da pessoa com hemiplegia e da sua família.

Noutra perspetiva esta problemática permitir-me-á também desenvolver conhecimentos que posso enquadrar, adaptar e aplicar no meu contexto de trabalho. Exerço funções no serviço de infeciologia do HSM, onde temos frequentemente casos de pessoas com hemiplegia, associada a lesões cerebrais, nomeadamente LOE de origem infecciosa ou tumoral; toxoplasmose cerebral e LEMP. Deste modo, com o desenvolvimento desta problemática pretendo adquirir conhecimentos e aperfeiçoar competências para mobilizar no meu contexto de trabalho, assim como, introduzir intervenções que promovam mudanças para otimizar os cuidados de enfermagem, nas quais a autonomia e a responsabilidade dos enfermeiros face à RC e à articulação com a comunidade seja uma realidade cada vez mais presente.

2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual, segundo Fortin (1999, p.93), tem a função de “situar o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo”. Para a realização do enquadramento conceptual tive por base uma pesquisa bibliográfica, complementada por análises e reflexões, de forma a seleccionar a informação disponível e obter uma linha lógica de pensamento, que me oriente para a fundamentação do problema em estudo.

A pesquisa realizada englobou o recurso a diversas fontes, tais como a plataforma EBSCOhost, utilizando como bases de dados científicos a *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*. Os resultados da pesquisa foram limitados a texto completo e a data de publicação entre Maio de 2001 e Maio de 2012, tendo sido utilizados os seguintes descritores: [hemiplegia AND rehabilitation AND discharge AND community reintegration AND (nursing intervent* OR nurs* OR nursing car* OR nurse action*)]. Foi também efetuada pesquisa no google académico, teses de mestrado e doutoramento, bem como recorri à mobilização de contributos teóricos das diferentes unidades curriculares; e à minha experiência pessoal e profissional.

Neste capítulo, vou desenvolver e relacionar alguns conceitos, que considero pertinentes para compreender a problemática em estudo, tais como o de hemiplegia; reabilitação; AC; família; RC e EEER.

Este enquadramento encontra-se composto por um primeiro capítulo em que abordarei a pessoa com hemiplegia e as suas necessidades de reabilitação. Num segundo capítulo focarei as necessidades de AC da pessoa com hemiplegia e sua família, bem como as intervenções do EEER na RC. O terceiro refere-se prevenção de riscos na pessoa com hemiplegia e sua família e no quarto e último evidenciarei a importância da articulação com a comunidade.

O desenvolvimento destes temas, vai permitir-me como futura EEER, aprofundar, analisar e situar a problemática em estudo, assim como, desenvolver aprendizagens e consolidar saberes, conferindo competências para uma melhor prestação de cuidados à pessoa com hemiplegia e sua família, com vista ao um regresso a casa com a maior independência possível.

2.1 A Pessoa com Hemiplegia e a Enfermagem de Reabilitação

A hemiplegia, tal como já foi referido constitui um dos deficits funcionais mais comum decorrente de doenças cerebrovasculares, sendo que os dados epidemiológicos supracitados se revelaram determinantes para percebermos que tem tendência a aumentar, o que gera na sociedade e nas pessoas um grande impacto, nomeadamente na sua vida pessoal, familiar, profissional e social.

Martins (2006, p.24) refere que na hemiplegia “a sua gravidade depende da área do cérebro afetada, da gravidade da lesão e do estado geral de saúde da pessoa”. No entanto uma revisão de estudos efetuada nos Estados Unidos, Inglaterra e Suécia, leva a crer que, imediatamente após a lesão é difícil prever a gravidade e o potencial de recuperação, sendo que os melhores indicadores prognósticos estão relacionados com as alterações funcionais iniciais e a idade dos indivíduos (Alexander,1994).

Um estudo de Umphred (2010) revelou que 12% das pessoas com hemiplegia têm recuperação funcional completa do braço e 38% apresentam destreza após 6 meses do surgimento do AVC. No entanto o mesmo estudo demonstra que 58% das pessoas com hemiplegia recuperam a independência nas AVD, 82% aprendem a caminhar e 30% a 60% permanecem sem função no braço.

Apesar do AVC, ser a causa mais frequente de hemiplegia, qualquer doença que afete o SNC pode causar hemiplegia (Martins, 2006), sendo várias as outras possíveis causas: TCE; doenças degenerativas do SNC, como a Esclerose Múltipla;

doenças desmielinizantes; algumas doenças oncológicas e infecciosas, assim como, os efeitos iatrogênicos de algumas intervenções neurocirúrgicas.

A hemiplegia surge assim, não como uma doença, mas como uma seqüela neurológica grave, resultante do compromisso circulatório de determinada área do cérebro, com consequências a vários níveis. Neste sentido a hemiplegia pode ser definida como paralisia completa do membro superior e inferior de um dos lados do corpo (Freitas, 2011) e quando é completa envolve também a metade da face e da língua do mesmo lado (Martins, 2006).

De acordo com André (2006) o comprometimento físico, é o que mais nos chama a atenção na pessoa com hemiplegia, podendo ser ao nível da tonicidade, da coordenação dos movimentos e/ou do equilíbrio. O tônus muscular na fase aguda da hemiplegia pode variar, sendo que a maior parte das pessoas apresenta flacidez que, progressiva e gradualmente, pode evoluir para diferentes graus de espasticidade (Menoita *et al.*, 2012). Deste modo, ao fim de algum tempo, a hemiplegia conduz a deformidades corporais relacionadas com a imobilidade causada pela ausência de força no hemicorpo afetado, levando a adaptações secundárias dos tecidos moles, em especial dos músculos, que sendo mantidos em posição encurtada, tornam-se ainda mais espásticos (Martins, 2006).

A espasticidade diminui a aptidão física e a habilidade para o desempenho das AVD essenciais para o suprimento do AC. No entanto a prevenção das deformidades e da espasticidade pode ser efetuada através da realização de exercícios de mobilização dos segmentos articulares, que devem ser repetidos várias vezes ao dia (André, 2006; Bobath, 1998; Johnstone, 1987). Neste contexto é de salientar a importância da reabilitação e do EEER na otimização das potencialidades da pessoa com hemiplegia, para a sua reeducação funcional e consequente reinserção social e profissional (Hesbeen, 2010).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ser iniciados logo que as lesões sejam identificadas, se não existir progressão dos deficits neurológicos e se a

pessoa estiver clinicamente estável (Hesbeen, 2010), pois só assim se conseguirá evitar complicações músculo-esqueléticas secundárias, que podem estar associadas ao atraso ou inexistência de reabilitação após a lesão (Menoita *et al.*, 2012). Deste modo torna-se fulcral que a implementação do plano de cuidados de reabilitação se inicie entre as quarenta e oito e as setenta e duas horas após a lesão (Martins, 2006), contemplando a prevenção da deterioração física e emocional, bem como a preparação da pessoa/família para os desafios com que se vão deparar. Os cuidados de enfermagem de reabilitação devem assim orientar-se no sentido de promoverem a máxima independência das pessoas que apresentam deficits potencialmente recuperáveis e a manutenção daqueles cujos deficits são irreversíveis.

Outro aspeto importante centra-se no acompanhamento da evolução do estado funcional da pessoa para o desempenho das AVD, de modo a detetar os ganhos em saúde e se necessário efetuar possíveis correções nos planos de reabilitação. Neste sentido também Faro (2006) refere que a reabilitação deve ser precoce no que tange a prevenção de incapacidades e à promoção de saúde, salientando que tal precocidade se faz fundamental no delimitar das incapacidades, sejam elas temporárias, permanentes ou progressivas.

A mesma autora supracitada (2006) reforça que a reabilitação se faz junto à pessoa e família, por profissionais especializados, plenamente integrados em equipa, usufruindo do corpo de conhecimento que é próprio desta especialidade. Nesta linha de pensamento faz sentido que os enfermeiros refiram que a preparação para o regresso a casa deve iniciar-se e planear-se desde o momento da admissão da pessoa na unidade de cuidados de saúde, e que a pessoa com hemiplegia e sua família devem ser envolvidas no seu processo de reabilitação, de modo a detetar-se as suas necessidades, melhorar o desempenho funcional, estimular o AC, que culminará na RC.

2.2.Necessidades de Autocuidado da Pessoa com Hemiplegia e sua Família: Quais as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reintegração Comunitária?

Os constrangimentos económicos e financeiros e os modelos de gestão em vigor nos hospitais fazem com que as pessoas que recorrem aos serviços de saúde hospitalar tenham altas cada vez mais precoces, sem serem contempladas todas as suas necessidades e muitas vezes sem encaminhamento para os recursos comunitários.

Para dar resposta a este conjunto de necessidades, precisamos de uma nova filosofia de cuidados, baseada num plano de intervenção para a RC, que ensine e capacite pessoas com hemiplegia e suas famílias a desenvolverem atividades de resposta às suas limitações, bem como, contribua para a continuidade dos cuidados.

Neste contexto um plano baseado no Modelo de Enfermagem de Orem com as teorias que lhe estão subjacentes e inter-relacionadas: Teoria do AC, Teoria do Déficit de AC e Teoria dos Sistemas de Enfermagem, revela-se uma mais-valia na preparação para a RC de pessoas com hemiplegia e sua família.

A Teoria do AC de Orem (2001) engloba o AC que consiste na prática de atividade iniciada e executada pelas pessoas em seu próprio benefício para a manutenção da vida e bem-estar. As pessoas normalmente conseguem satisfazer as suas necessidades de AC essenciais para o funcionamento adequado do organismo, no entanto quando são impedidas de satisfazer o seu AC, surge um défice e torna-se necessária a assistência de enfermagem, para que essa necessidade possa ser satisfeita.

Emerge assim a Teoria do Déficit de AC de Orem, que assenta na premissa de que quando a pessoa se encontra incapacitada para o seu AC, os cuidados passam a ser efetuados pelos enfermeiros (Foster & Janssens, 1993). Deste modo, a Teoria

do Déficit de AC estabelece a relação existente entre as ações que a pessoa deveria desenvolver e aquelas que tem capacidade de desenvolver, determinando a necessidade da intervenção do enfermeiro. Quando a pessoa não é capaz de prestar esse cuidado a si própria – AC, passa a necessitar de alguém que o faça por ela de uma forma segura e profissional, sendo neste âmbito que surge os cuidados de enfermagem (Orem, 2001).

Orem (2001) define os cuidados de enfermagem como um conjunto de atividades que visam satisfazer as necessidades de AC das pessoas ao longo do seu ciclo de vida e que permitem reforçar as suas capacidades, de modo a que atinjam o máximo da sua autonomia, contribuindo para a sua saúde, bem-estar e desenvolvimento. Neste sentido, o EEER tem como missão ajudar a pessoa e família a adaptar-se à sua nova condição de saúde e a viver com eventuais alterações, ajudando-os na promoção máxima do seu AC e independência.

Pelas competências adquiridas, O EEER é o profissional que possui conhecimentos para identificar incapacidades da pessoa para o seu AC, implementando intervenções que a tornem como agente de AC, capaz de desenvolver ações no sentido de satisfazer as suas necessidades. Neste contexto, enquanto a pessoa não estiver apta para o desempenho dessas ações, o enfermeiro assume por um certo período de tempo a função de agente de AC.

Para satisfazer as necessidades de AC da pessoa, Orem (2001) na sua Teoria dos Sistemas de Enfermagem, identificou 3 classificações: sistema totalmente compensatório (o enfermeiro assume a responsabilidade total na satisfação do AC); sistema parcialmente compensatório (a pessoa compartilha com o enfermeiro a responsabilidade do AC) e o sistema de suporte/educação (a pessoa apenas necessita do enfermeiro para apoio, orientação e ensino). Estes sistemas quando implementados devem considerar a pessoa como um todo (valores, crenças e cultura) se quiserem obter o máximo da sua participação, sendo que a valorização constante da capacidade de autodeterminação e de tomada de decisão da pessoa/família em todo o processo, aumenta a sua auto-estima e motivação.

Um dos primeiros passos na operacionalização de um plano de enfermagem de reabilitação deve ser a avaliação das limitações e/ou habilidades da pessoa para o AC. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEER (2010, p.3) compete a este “conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”. Estes planos visam preparar e orientar a pessoa e a sua família para o regresso a casa, assim como, pretendem promover a continuidade de cuidados, através da ponte entre o meio hospitalar e a comunidade.

Segundo Ferrinho & Gonçalves (1997) a RC consiste num processo que é feito através da educação, organização e reinserção da pessoa na vida social de modo útil e individualmente relevante. Neste contexto o EEER vai intervir junto dos diversos sistemas de interação da pessoa, na sua rede de suporte social, no contexto em que vive, bem como nos serviços e instituições envolvidos na sua recuperação, de modo a que o planeamento da RC seja o mais abrangente e adequado, para cada situação específica. Para tal, o EEER deve basear-se também em avaliações do ambiente, dos recursos disponíveis (familiares, sociais e ambientais) e do grau de dependência existente.

De acordo com Petronilho (2007) o planeamento do regresso a casa consiste num conjunto de atividades que tem como objetivo ajudar a pessoa/família a incorporar no seu quotidiano comportamentos que lhes permitam adaptar-se e fazer face aos novos desafios de saúde. Nesta linha de pensamento, o EEER promove a adaptação do meio às limitações da pessoa, bem como, ajuda na gestão dos obstáculos existentes, de forma a torná-los minimamente geradores de desvantagem, assim como maximizar todo o seu potencial (Hesbeen, 2010).

Importa referir que a missão de reabilitação da pessoa com hemiplegia só terá sucesso se for desenvolvida no contexto de uma equipa multidisciplinar, em que cada elemento dá o seu contributo em prol da melhoria da QV da pessoa/família

(Petronilho, 2007; Johnstone, 1987), bem como os envolve como parceiros e alvo dos cuidados, através da cooperação e da responsabilidade partilhada (MENOITA *et al.*, 2012).

Antes de estabelecer o programa de reabilitação é necessário fazer uma avaliação inicial, em que o EEER recolhe informação pertinente da pessoa (Hoeman, 2011). Posteriormente o EEER realiza o exame neurológico, de modo a identificar as alterações decorrentes da lesão cerebral. É também realizado o exame da motricidade, que inclui a avaliação da força e tônus muscular, bem como, a coordenação de movimentos (Menoita *et al.*, 2012; Santiago & Corbett, 2006), de modo a compreender as características da hemiplegia e a sua interferência nas AVD. Estas intervenções do EEER vão de encontro à primeira fase do processo de enfermagem proposto por Orem (2001), que consiste na fase de diagnóstico, na qual se realiza a colheita de dados, segundo as suas necessidades de AC, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Após o diagnóstico passa-se à segunda fase do processo de enfermagem de Orem (2001), que compreende o planeamento dos sistemas de enfermagem, bem como, a execução das intervenções, através da combinação de métodos de ajuda, de modo a que a pessoa se torne num verdadeiro agente de AC.

Com vista à RC, o EEER tem assim que detetar as necessidades de AC alteradas e efetuar ensinamentos e treino de AVD que sejam ajustados ao contexto onde a pessoa irá viver, inserida numa família. No treino das AVD, o EEER deve ter presente a prevenção de riscos e a segurança da pessoa/família no desempenho da satisfação das necessidades de AC, pois só com uma planificação rigorosa se obtêm melhores resultados (Hoeman, 2011).

Importa, assim, identificar as necessidades de AC nas quais as pessoas com hemiplegia costumam necessitar da assistência do EEER. As necessidades de AC frequentemente alteradas são as que se prendem com a higiene pessoal; o vestir e

despir; a mobilidade (transferências e marcha); a alimentação e a eliminação vesical e intestinal.

O deficit de AC para a higiene pessoal consiste em a pessoa apresentar a sua capacidade prejudicada para realizar ou completar as atividades relacionada com os cuidados de higiene (OREM, 2001). Deste modo, torna-se necessária uma avaliação por parte do EEER, de modo a determinar o tipo de ajuda de que a pessoa necessita, assim como, o local onde devem ser realizados os cuidados de higiene (leito, banheira, duche), de modo a contribuir para a sua independência.

O deficit das pessoas com hemiplegia para o AC no vestir e despir é muito frequente, sendo muitas mesmo impotentes para o fazer. Ensinar e treinar as pessoas com hemiplegia relativamente ao vestir e despir é de extrema importância para a sua independência (Martins, 2002).

Satisfazer a necessidade de AC relacionada com a mobilidade, ou seja, treinar e dar recursos à pessoa com hemiplegia para as transferências e posteriormente para o treino de marcha, também constitui um dos maiores passos para a sua independência. Cabe ao EEER estabelecer um programa de reabilitação que abranja como objetivos a diminuição das complicações decorrentes da imobilidade, bem como a recuperação de uma função motora que torne a pessoa o mais independente possível para o regresso a casa. Assim as intervenções do EEER devem estar direcionadas para evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade; estimular a sensibilidade; treinar o equilíbrio; reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado (Menoita *et al.*, 2012).

A atividade de AC relativa à alimentação consiste numa das necessidades básicas de vida prioritária para a normal manutenção do funcionamento orgânico. O EEER no treino da alimentação pode ensinar a pessoa a alimentar-se usando a mão menos afetada numa fase inicial e posteriormente com a mão afetada. Contudo, antes de ensinarmos a pessoa a comer pela própria mão é importante avaliar a força

dos membros, a apreensão para segurar os talheres, os movimentos involuntários, as dificuldades em cortar os alimentos e a acuidade visual (Menoita *et al.* 2012).

O EEER deve também assegurar que sejam criadas condições para que a pessoa se concentre na coordenação do mastigar, respirar e deglutir, incentivando-a a deglutir várias vezes, de forma a permitir uma deglutição completa, sendo que a avaliação da deglutição deve ser realizada frequentemente, pois pode haver disfagia. Deste modo, ajudar a pessoa nesta atividade de AC implica também respeitar o seu ritmo, sem a substituir e ensinando-lhe a encontrar estratégias que permitam ultrapassar o deficit presente.

As intervenções do EEER assumem igualmente importância na satisfação das necessidades de AC relacionadas com a eliminação, na medida em que têm um grande impacto na QV das pessoas, não só no que se refere às AVD, mas também na sua vida profissional e pessoal, podendo levar a situações constrangedoras pela marginalização do convívio social e frustrações psicossociais (Branco, 2009).

A incontinência urinária está muitas vezes presente nas pessoas com hemiplegia, apesar de normalmente ser passageira. Frequentemente este problema está associado com deficiências sensoriais e motoras; dificuldades na comunicação; diminuição da mobilidade geral; défices cognitivos e incapacidade em reconhecer a necessidade de micção; ou ainda por inadequação das instalações sanitárias (Menoita *et al.*, 2012; Martins, 2002; Leal, 2001). Torna-se assim importante aliviar a ansiedade inerente ao comprometimento desta atividade, de modo a que a pessoa se sinta à vontade e confiante para comunicar e solicitar ajuda.

Relativamente às alterações na função intestinal, surge a obstipação como a mais frequente, associada à imobilidade, podendo a pessoa apresentar também incontinência fecal decorrente de um intestino neurogénico desinibido, no qual a sensibilidade e os reflexos estão mantidos, mas o controlo voluntário do esfíncter anal está diminuído, dando a sensação de urgência no ato de defecar (Queirós,

Cardoso & Margato, 2002). Nestes casos é fundamental o EEER apostar no ensino à pessoa/família sobre a importância da dieta/hidratação e do treino de hábitos.

2.3- Prevenção de Riscos na Pessoa com Hemiplegia e sua Família

As intervenções do EEER para além de serem centradas na identificação e satisfação das necessidades de AC, também são focadas nos ensinamentos para prevenção de riscos. Existe o risco de queda por alterações do equilíbrio e/ou negligência do lado afetado, pelo que o EEER deverá assegurar que as condições de segurança do meio e os dispositivos de apoio à marcha são os mais adequados, bem como, deve criar estratégias para ajudar a pessoa a reintegrar o lado afetado no seu esquema corporal (Menoita *et al.*, 2012).

O risco de alteração da integridade cutânea também está presente, pelo que o EEER deve incentivar a sua vigilância e a alternância de decúbitos para evitar úlceras de pressão, bem como alertar para o risco de queimaduras, relacionado com a diminuição da sensibilidade no membro afetado, alertando para a temperatura da água na higiene, assim como, evitar a exposição a fontes de calor ou de frio extremo (aquecedores/lareiras) (Menoita *et al.*, 2012).

Para prevenir o risco de alteração da integridade cutânea, o EEER deve também promover uma nutrição e hidratação adequada, recorrendo a suplementos proteicos/energéticos, se necessário; e incentivar ao uso de substâncias que mantenham a pele hidratada e com um bom grau de elasticidade (Menoita *et al.*, 2012).

É igualmente importante apostar na promoção de saúde incentivando a pessoa a adotar hábitos de vida saudáveis, através de uma alimentação equilibrada e da realização de exercício físico regular, adequado às necessidades, limitações e preferências da pessoa.

De acordo com Oliveira (2000) uma situação que contribui para o atraso da recuperação da pessoa com hemiplegia é a depressão associada muitas vezes a quadros de ansiedade. O EEER deve ensinar à pessoa/família estratégias de *coping* para diminuir os seus fatores de ansiedade, como por exemplo recorrendo a técnicas de relaxamento/musicoterapia, assim como, deve encorajar a pessoa para retomar atividades de lazer ou mesmo atividades de expressão da sua religião/espiritualidade.

O EEER deve também estar atento às preocupações da pessoa/família relativamente às alterações na sexualidade decorrentes da nova condição, de modo a direcionar os ensinamentos no sentido do esclarecimento de dúvidas, preocupações e receios, até porque segundo Cardoso (2004) a reabilitação sexual deve fazer parte da promoção da readaptação global da pessoa, sendo que a negligência desta área configura, muitas vezes por omissão, uma má prática.

Neste contexto, o EEER durante as suas intervenções deverá incentivar a participação da pessoa, dando reforços positivos e baseando a sua intervenção no desenvolvimento de uma relação de ajuda, através de demonstração de disponibilidade e de escuta ativa, encorajando a pessoa/família a verbalizarem as suas preocupações/receios (Menoita *et al.*, 2012; Hoeman, 2011; Hesbeen, 2010).

Por fim, podemos dizer que a intervenção do EEER pode desenvolver a sua intervenção em todas as dimensões da pessoa, física, psíquica e emocional, social e espiritual, de modo a contribuir para a QV e bem-estar da pessoa (Menoita *et al.*, 2012).

2.4- Articulação com a Comunidade

O planeamento da RC deve ser realizado em conjunto com os recursos da comunidade, de modo a assegurar que a pessoa/família tenham apoio no domicílio, enquanto não houver uma total recuperação da sua autonomia.

É fundamental a articulação com o EEER da comunidade, de modo a assegurar continuidade de cuidados do programa iniciado a nível hospitalar (Mcginnes *et al.*, 2010). Para tal, o ideal seria agendar visitas domiciliárias conjuntas à casa da pessoa, com o intuito de adequar ensinamentos; fazer o reconhecimento das suas condições habitacionais e proceder às modificações para facilitar o processo de autonomização da pessoa. Também um estudo de Burton & Gibbon (2005) revelou que tanto a continuidade de cuidados como uma intervenção baseada na educação e suporte pós alta hospitalar, trouxeram benefícios para a pessoa/família no seu regresso a casa.

A articulação com outros profissionais é essencial, nomeadamente com a assistente social da comunidade onde a pessoa está inserida, com vista a assegurar os apoios de acordo com os recursos sócio-económicos da família. A articulação com a psicóloga da comunidade também é determinante permitindo, como já foi referenciado, antecipar e prevenir o risco de depressão e de quadros de ansiedade.

A implementação das intervenções do EEER supracitadas assenta na terceira fase do processo de enfermagem de Orem (2001), que inclui a execução dos sistemas de enfermagem, onde o enfermeiro presta auxílio à pessoa/família no que se refere ao AC e onde avalia a sua evolução. Estas intervenções devem atender às preferências da pessoa e à sua capacidade para desempenhar atividades de AC, o que significa que cada plano deve ser individualizado. Neste contexto compreendemos que uma situação de dependência requer uma readaptação, na qual o EEER tem uma função importante na transferência dos conhecimentos necessários para promover a readaptação funcional da pessoa, capacitando-a para o AC e para a RC.

3. RUMO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As constantes mudanças na área da saúde e dos cuidados de enfermagem fazem com que as exigências na formação se centrem cada vez mais no desenvolvimento de competências de auto-aprendizagem; pesquisa; questionamento; avaliação e reflexão crítica. A reflexão crítica implica um processo de análise no qual se reflete sobre experiências vivenciadas na prática e se faz uma avaliação com o objetivo de obter um entendimento ou apreciação nova das mesmas.

Neste contexto a realização do relatório de estágio surge como uma oportunidade de: pensar em mim e na influência que as minhas ações têm no outro; de partilha de experiências, emoções e sentimentos; de confirmação de aquisição e desenvolvimento de competências; de uma compreensão do processo de aprendizagem, bem como de projetar ações futuras, que me permitam melhorar a qualidade e a gestão dos cuidados prestados enquanto futura EEER, dando-me a possibilidade de reequacionar atitudes e posturas face às necessidades da pessoa/família.

Ao Enfermeiro é pedida a demonstração de competências que traduzam, na relação com a pessoa cuidada, a excelência do cuidar. Como futura EEER pretendo desenvolver competências técnicas, científicas e humanas, trabalhando em conjunto com a pessoa/família na identificação das suas necessidades, obstáculos e recursos, bem como na construção de estratégias, que permitam uma RC.

De acordo com Benner (2005), só os enfermeiros que participam na prática de cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado específico, sendo necessário gerir competências e desenvolver estratégias de adaptação a novas situações.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, a atribuição do título de especialista é dada:

ao 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, p.2).

O mesmo regulamento (OE, 2010) salienta que independentemente da sua área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto de domínios, consideradas como competências comuns, que consistem na “responsabilidade profissional, ética e legal”; “melhoria contínua da qualidade”; “gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”. No entanto, para além das competências comuns a todos os especialistas, a OE estabeleceu também as competências específicas do EEER como sendo:

cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (OE, 2010, p.2)

Com a finalidade de desenvolver as competências como EEER supracitadas, e tendo em conta a área problemática escolhida, defini objetivos e atividades, bem como os respetivos indicadores e critérios de avaliação (Apêndice III, p. 87), que coloquei em prática nos locais de estágio.

Ao longo destas aprendizagens desenvolvi atitude crítica e de reflexão, bem como de gestão e aplicação de saberes para a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao EEER, que me servirão de eixo orientador para dar sentido ao meu percurso pessoal e profissional. É com esta atitude que pretendo percorrer o longo caminho que ainda tenho pela frente até conseguir atingir um nível de perícia que me permita prestar cuidados de excelência, tal como é proposto por

Benner no seu modelo de aquisição de competências aplicado à enfermagem, no qual:

a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita, que tem enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. (Benner, 2005, p.54)

3.1. Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e percursos formativos utilizados no sentido de aquisição de competências na área de enfermagem de reabilitação

Realizei estágio no Serviço de NC do HSM, sendo que a escolha do local e da problemática deveu-se ao facto de, através da entrevistas realizadas à Enf.^a Chefe e EEER (Apêndice IV, p. 88), ter percebido que estavam bastante sensibilizadas para a RC na hemiplegia, para a qual não tinham nenhum programa implementado de preparação para o regresso a casa, nem de articulação com a comunidade. Outro aspeto que considerei relevante para a escolha deste campo de estágio está relacionado com o facto de valorizarem o envolvimento da pessoa/família nos cuidados, preocupando-se em realizar ensinamentos adaptados às suas necessidades e contextos de vida, atendendo sempre aos seus receios e preocupações.

Iniciei o estágio com bastante “sede de aprendizagem”, pois teria que mobilizar conhecimentos adquiridos e também porque a prática clínica integradora é desde logo um motivo de ansiedade e expectativa. Neste contexto era fundamental desenvolver um sentimento de pertença, que me permitisse ser considerada como elemento integrante da equipa e não apenas como um elemento de passagem no serviço. Deste modo, pretendi de algum modo deixar a minha marca pessoal em todas as atividades/desafios a que me propus, sendo com este sentimento que caminhei para atingir os meus objetivos.

Como primeiro objetivo estabeleci integrar-me de forma progressiva na equipa multidisciplinar, sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de NC. Este objetivo foi traçado com a expectativa de me abrir a porta para os seguintes, pois considero que uma boa integração na dinâmica do serviço é uma das chaves fundamentais para que o estágio se realize com sucesso.

O facto de trabalhar num serviço da mesma instituição, à partida poderia facilitar o percurso, no entanto, o serviço de NC tem uma dinâmica muito específica. Trata-se de um serviço de referência nacional com elevada rotatividade de doentes, no qual se pratica uma política de redução dos tempos de internamento, ocorrendo diariamente admissões, transferências para hospitais da área de residência, bem como altas para o domicílio e comunidade.

Neste contexto pude constatar na prática que a intervenção do EEER tem de ser imediata, “iniciada o mais cedo possível” (Hesbeen, 2010), priorizada e direcionada para as necessidades da pessoa/família naquele momento específico, senão corria o risco de no dia seguinte a pessoa ser transferida, sem ter tido acesso a cuidados de enfermagem de reabilitação.

O período que estabeleci para a minha integração, considero ter sido suficiente para realizar as atividades a que me propus, tendo interiorizado os vários circuitos que a pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurocirúrgico pode ter à sua disposição, bem como os recursos humanos, físicos e materiais existentes, que podem ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação.

No decorrer da integração pude observar a intervenção e dinâmica do EEER no seio da equipa multidisciplinar. Compreendi que o EEER revela-se como elemento dinamizador e elo de ligação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, sendo determinante para o bom funcionamento e gestão do serviço, bem como na articulação com a comunidade. Colaborei com o EEER na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e observei o seu papel como perito e formador,

Relatório de Estágio

promovendo a continuidade de cuidados e estimulando a formação dos profissionais da equipa.

Comecei desde logo a intervir junto da pessoa/família, inicialmente com orientação e posteriormente autonomamente, validando sempre as minhas intervenções junto da Enf.^a orientadora. Esclareci sempre dúvidas e reconheci os meus limites pessoais e profissionais, o que me permitiu ter mais confiança e nunca ter receio de validar e discutir as minhas intervenções e dificuldades junto dos outros profissionais.

Realizei o acolhimento da pessoa e família, tendo interiorizado como se processa toda a preparação até ao regresso a casa, bem como a articulação com a comunidade, intervindo de modo a agilizar este processo, bem como melhorá-lo e torna-lo mais eficaz. O processo de preparação para o regresso a casa e articulação com a comunidade nem sempre correram de modo desejável, como retratarei nos exemplos que darei mais abaixo, no entanto permitiram-me compreender o que estava a falhar para poder em situações futuras adotar estratégias que permitam contornar os obstáculos sentidos.

Consegui estabelecer uma boa relação com os elementos da equipa multidisciplinar, aceitando as suas sugestões de modo a poder crescer como profissional. Verifiquei sempre o plano de distribuição dos enfermeiros e das assistentes operacionais, de modo a poder articular-me e organizar os cuidados. O balanço revelou-se bastante positivo, sentindo-me como elemento integrante da equipa.

Com a assistente social contactei frequentemente para compreender melhor a situação social e económica das pessoas/famílias que estava a acompanhar, assim como, participei nas reuniões que a Enf.^a Chefe e a EEER realizavam com a mesma para discussão de casos. Estas reuniões revelaram-se bastante produtivas pois permitiram planear a RC da pessoa de forma eficaz, com a mobilização dos recursos necessários para cada caso específico.

Relatório de Estágio

Observei uma boa coordenação do fisiatra, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais com a EEER e equipa de enfermagem, o que me surpreendeu pela positiva, dado esta não ser a realidade da maioria dos serviços. Tive oportunidade de estar presente em avaliações do fisiatra e foi enriquecedor termos discutido as várias situações em conjunto, pelo que senti que estávamos a caminhar no mesmo sentido e com um único fim: a pessoa alvo de cuidados.

Relativamente à equipa médica o contato foi menos intenso, uma vez que frequentemente se encontravam no bloco operatório, urgência ou consulta. No entanto tive oportunidade de assistir às visitas médicas das duas equipas existentes, bem como assistir à reunião para discussão de casos e do plano cirúrgico, que se revelou numa mais-valia no conhecimento das pessoas e suas patologias.

Participei em avaliações realizadas pela terapeuta da fala que dá apoio ao serviço, o que se revelou enriquecedor por poder trabalhar em articulação, trazendo benefícios para a pessoa.

A aceitação dos meus cuidados por parte das pessoas/família foi muito gratificante, na medida em que após o fim-de-semana, demonstravam-se ansiosos por voltar a realizar os exercícios. Houve situações em que me senti como enfermeira de referência, na medida em que as famílias se dirigiam a mim para saber como estavam a recuperar os seus familiares. Também considero ter sido determinante clarificar junto da pessoa/família as suas expectativas face à reabilitação e aos meus cuidados, para poder adequar as minhas intervenções às suas preferências.

Houve situações em que considerei benéfico prestar cuidados gerais à pessoa, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de higiene e conforto, na medida em que sempre privilegiei os mesmos como um momento crucial para desenvolver a relação terapêutica. Como futura EEER penso que os cuidados de higiene constituem uma mais-valia para a avaliação da pessoa, deteção de limitações e capacidades, bem como, para o treino de AVD, fornecendo-lhes assim estratégias para o regresso a casa.

Embora a equipa de enfermagem estivesse a atravessar uma fase de escassez de recursos humanos, considero que as minhas propostas para melhoria dos cuidados foram bem aceites. Houve por vezes uma renitência inicial, dado implicarem uma maior disponibilidade e tempo, no entanto pude observar que foram-se demonstrando mais recetivos à realização de posicionamentos em semi-ventral; realização de levante para cadeira de rodas para treino de AVD, entre outros. Passaram também a evitar o recurso à contensão física dos membros hemiplégicos, no sentido de evitar posições viciosas e não funcionais. Considero assim que o diálogo em equipa foi positivo, à base de sugestões e não de imposições, logo considero que em situações futuras continuarei a apostar neste tipo de abordagem assertiva.

Neste contexto considero que pude desenvolver o meu auto-conhecimento para a identificação de fatores que pudessem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar, encontrando estratégias para os contornar, assim como, pude colaborar no planeamento e gestão dos cuidados, bem como na tomada de decisão em equipa.

De acordo com Hesbeen (2010, p.245): “os profissionais de saúde deverão demonstrar disponibilidade e abertura para dialogarem com os cuidadores e os ajudarem a resolver conflitos decorrentes do processo de cuidar, respeitando o sistema de valores e conceitos culturais associados a este processo”. Deste modo propus-me a desenvolver práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais, de modo a atingir as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e da melhoria contínua da qualidade. Para tal, em todas as intervenções que desenvolvi nos vários contextos do cuidar, procurei respeitar as decisões e dignidade da pessoa, sem nunca realizar juízos de valor, independentemente da sua condição de saúde e situação de vida, das suas diferenças sociais, étnicas e económicas.

Uma das situações vivenciadas, que me permitiu dar visibilidade à aquisição de competências no domínio da responsabilidade ética e legal, foi a situação de um senhor angolano, testemunha de jeová, com anemia grave e necessidade de transfusões sanguíneas, mas que devido à sua religião recusava. A situação foi contornada com base numa reflexão e tomada de decisão em equipa, na medida em que se respeitou a decisão do senhor e foram proporcionadas outras terapêuticas alternativas para tentar contornar essas baixas de hemoglobina.

Refletindo acerca desta situação, ela retrata uma prática de enfermagem centrada no respeito pela pessoa/família, pelos seus valores; cultura; crenças pessoais e religiosas. Demonstra o direito da pessoa ao acesso à informação para uma tomada de decisão consciente, dado o senhor e a sua esposa terem sido informados e esclarecidos dos riscos de uma anemia grave no seu contexto clínico. Deste modo promoveu-se o respeito pela pessoa na escolha e na sua autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.

Para a enfermagem de reabilitação esta situação também teve que ser tida em conta, na medida em que tive que adaptar os exercícios e respeitar os seus momentos de pausa, dado o cansaço devido à anemia. Ajudei o senhor e a sua esposa a adotarem estratégias para poder realizar as AVD com o mínimo de cansaço possível, sendo que esta situação me ajudou a, em situações futuras como EEER, estar atenta a todas as dimensões da pessoa.

Outro aspeto que tive sempre em conta prendeu-se com o envolvimento da pessoa/família nos cuidados e também assegurar que as necessidades culturais fossem satisfeitas e valorizadas, através do recurso a estratégias de resolução de problemas em conjunto. Identifiquei práticas de risco, que embora fossem culturais estavam a prejudicar a recuperação da pessoa, tendo em conjunto com a pessoa/família adotado alternativas, que foram eficazes e bem aceites.

De acordo com Hesbeen (2010, p.65): “há doentes que gostam da presença e da implicação dos próximos em alguns cuidados, enquanto outros se sentem

infantilizados ou diminuídos (...)". Neste contexto procurei que o respeito pela intimidade e privacidade da pessoa estivessem sempre salvaguardados. Houve necessidade de realizar ensinamentos à família, nomeadamente higiene e apoio na eliminação que entravam na intimidade da pessoa, pelo que questionei sempre ambos separadamente e em conjunto para saber se não se importavam, para que não houvesse constrangimentos. Na generalidade dos casos houve uma boa aceitação e os ensinamentos com a colaboração da família decorreram sem intercorrências e de forma bastante positiva, pelo que em situações futuras continuarei a adotar estas estratégias.

Houve situações em que foi necessário adaptar os cuidados de acordo com o "estado de espírito", disposição e colaboração da pessoa/família. Nos dias em que recusaram algumas intervenções optei por respeitar a sua decisão, ao mesmo tempo que lhes fui fornecendo alternativas, de modo a não desmotivarem e no sentido de os envolver ativamente no seu plano de reabilitação, através de uma reformulação conjunta.

Para atingir as competências do EEER propus-me a prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família, com alterações nas suas necessidades de AC, tendo em vista a promoção do seu AC, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional. Para atingir este objetivo adotei um método que me ajudou a organizar os cuidados e a gerir prioridades, o qual se prendeu com estar atenta às reuniões de passagem de turno; consultar os processos clínicos e conversar com a Enf.^a orientadora acerca das pessoas/famílias que estou a reabilitar e quais as que beneficiavam de acompanhamento de novo, de modo a estabelecer e a reformular um plano de intervenção diariamente.

Neste estágio desenvolvi conhecimentos e práticas na avaliação da pessoa/família e na identificação das suas necessidades de AC alteradas, bem como na deteção de riscos e de limitações da atividade. Para tal recorri ao exame neurológico, bem como à utilização de instrumentos de avaliação nomeadamente: Escala de Glasgow

(escala de comas) (Anexo I, p.77); Escala de Lower (força muscular) (Anexo II, p.78); Escala de Asworth (tônus muscular) (Anexo III, p. 79); Índice de Barthel (avaliar o AC nas AVD) (Anexo IV, p. 80); Escala de NIH- Escala de AVC (Anexo V, p.81); avaliação da coordenação de movimentos, através de provas de pesquisa da ataxia e do equilíbrio (estático e dinâmico). Estes instrumentos de avaliação revelaram-se fundamentais para compreender os aspetos onde o plano de reabilitação tem que incidir, assim como me permitiram treinar a sua aplicação para que, em situações futuras como EEER, seja mais fácil avaliar situações. A avaliação dos vários tipos de sensibilidade também foi tida em conta e foi onde senti maiores dificuldades, mas à medida que fui treinando fui-me sentindo mais autónoma.

O recurso à aplicação das escalas supracitadas foi uma estratégia bastante positiva que me ajudou a delimitar prioridades e a gerir os cuidados a prestar, bem como, a traçar um plano terapêutico de reabilitação adequado para a cada pessoa, pelo que futuramente como EEER, continuarei a aplicar estes instrumentos de avaliação.

No serviço de NC as sequelas encontradas foram as mais variadas a nível neuro-motor e sensitivo, tais como hemiplegias; parésias; afasias; disfagias; hipostesias, pelo que considero que realizei um estágio bastante rico em experiências, que me permitiu verificar que o EEER tem aqui muitas intervenções a realizar.

Relativamente às necessidade de higiene pessoal procurei sempre estimular a pessoa para o seu AC no tomar banho, pentear-se ou escovar os dentes, de preferência utilizando os seus objetos pessoais, dado tratarem-se de atividades que se podem realizar apenas com um braço, para que a pessoa se sinta menos dependente, aumentando assim a sua motivação, auto-estima e autonomia. Neste contexto dos cuidados de higiene, assim que possível realizei-os na casa de banho, respeitando os hábitos e preferências da pessoa, assim como a sua privacidade. Tendo em conta os aspetos acima referenciados, constatei que esta atividade de AC é das que mais exige a intervenção do EEER.

O treino do vestuário na pessoa com hemiplegia vai depender dos compromissos motores e/ou sensitivos e das suas capacidades cognitivas. Inicialmente, por questões de segurança, tal como sugere Leal (2001) comecei por exercitá-la com a pessoa deitada e posteriormente sentada, com os pés bem apoiados no chão. Preocupei-me em solicitar sempre a participação da pessoa na escolha do vestuário, de modo a que mantenha a sua dignidade através da manutenção da sua capacidade de decisão, valorizando ao mesmo tempo os seus hábitos e preferências.

Contatei que ajudar a pessoa com hemiplegia na transferência da cama para cadeira e desta para a cama ou para a sanita, é dos maiores passos para a sua independência. Esta atividade, no início é passiva assistida, mas à medida que a pessoa vai aprendendo a rolar para o lado afetado ou a apoiar-se sobre o cotovelo desse mesmo lado, ela vai ganhando capacidade para se erguer, até conseguir, sentar-se na beira da cama. De acordo com Menoita *et al.* (2012) e Leal (2001), deve optar-se por realizar a atividade com os pés descalços apoiados no chão, de modo a estimular a proprioceptividade da planta dos pés, que observei na prática ser eficaz, assim como, notei que os pés descalços aderiam melhor ao chão e havia menos risco de a pessoa escorregar nas transferências.

Para satisfazer as necessidades de AC associadas à mobilidade desenvolvi conhecimentos na avaliação da função motora e sensitiva e na elaboração de planos de reabilitação, tendo em conta as alterações detetadas. De acordo com Menoita *et al.* (2012), o EEER para compreender as alterações na mobilidade da pessoa deve avaliar-se a força muscular bilateralmente, em todos os movimentos dos vários segmentos corporais. Inicialmente surgiu alguma dificuldade nessa avaliação mas com o recurso a instrumentos de avaliação e aos registos que fui elaborando fui sentindo menos dificuldade.

Na hemiplegia associada ao AVC é comum surgir o padrão espástico, pelo que aprendi a atuar na espasticidade, que surge frequentemente na pessoa com

hemiplegia, e cujas intervenções do EEER têm como objetivo contrariar a sua instalação e permanência.

Tendo em conta a existência de um compromisso da mobilidade física relacionado com a hemiplegia, um programa de reabilitação tem como objetivos a diminuição das complicações decorrentes da imobilidade, bem como a recuperação de uma função motora que torne a pessoa o mais independente possível para o regresso a casa. Deste modo perspetivei que as minhas intervenções como futura EEER, estivessem direcionadas para: evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade; estimular a sensibilidade; treinar o equilíbrio; reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado (Menoita *et al.*, 2012). Para tal realizei também alternância de decúbitos e posicionamentos em padrão anti-espástico, tendo obtido resultados positivos, sobretudo na redução da espasticidade. Este aspeto é corroborado por Martins (2002) que também reforça que os posicionamentos em padrão anti-espástico constituem o primeiro passo na recuperação da pessoa e devem ser utilizados até à recuperação total (Martins, 2002).

O ensino da realização de posicionamentos em padrão anti-espástico foi também realizado à pessoa/família, assim como a importância de realizar alternância dos mesmos mesmo nos levantes, quando a pessoa está sentada no cadeirão ou cadeira de rodas, de modo a evitar o aparecimento da espasticidade.

Para Johnstone (1987) as mobilizações na pessoa com hemiplegia são também bastante importantes, pois permitem readquirir o esquema corporal; exercitar mecanismos de reflexo postural; estimular a sensibilidade propriocetiva; melhorar o equilíbrio; inibir a espasticidade; facilitar as atividades de vida na cama e preparar a pessoa para a posição de sentada e ortostática. Deste modo, na reabilitação da pessoa com hemiplegia, para além dos posicionamentos, contemplei também um programa de exercícios de mobilização para todas as articulações, adequado às limitações da pessoa, que tive a oportunidade de realizar, aperfeiçoar e ver a evolução da pessoa ao longo dos vários tratamentos. Não esquecendo, tal como

refere Leal (2001), que o lado não afetado deve ser igualmente mobilizado para não vir a desenvolver problemas osteo-articulares e musculares.

O EEER tem também ao seu dispor várias atividades terapêuticas, pelo que pude igualmente colocar em prática e instruir a pessoa/família relativamente às automobilizações no leito e na cadeira de rodas; o rolar e a ponte; a facilitação cruzada e a carga no cotovelo, bem como o treino de equilíbrio. Segundo Menoita *et al.* (2012) existem também outras atividades que trazem benefícios para a reabilitação da pessoa com hemiplegia, nomeadamente exercícios terapêuticos com bola suíça e o da indução de restrições, que no decorrer do estágio não tive oportunidade de realizar, apenas pesquisei acerca da temática e espero aplicar em situações futuras da minha prática profissional.

À medida que fui percebendo que a pessoa com hemiplegia foi evoluindo na sua recuperação, fui introduzindo exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé, de modo a preparar para a marcha, não esquecendo que tal como refere Menoita *et al.* (2012) relativamente ao treino do equilíbrio dinâmico só o pudemos iniciar quando a pessoa adquirir equilíbrio estático.

Realizei treino de marcha a pessoas com ataxia da marcha e parésias ligeiras, aproveitando os pés da cama ou a base do lavatório do quarto para realizar exercícios de melhoramento da postura corporal e de fortalecimentos dos músculos dos membros inferiores. Recorri a dispositivos auxiliares de marcha consoante as necessidades de cada pessoa (andarilho, tripé, canadiana e bengala), verificando qual o que mais se ajustava a cada pessoa, incentivando-a a adotar uma postura corporal correta, favorecendo o tônus muscular e promovendo a sua independência a nível da locomoção e segurança. Para o treino de marcha temos que ter presente que pode ser necessário efetuar adaptações ao ambiente, de modo a minimizar ou eliminar as barreiras arquitetónicas, prevenindo o risco de queda.

Com o objetivo de prevenir quedas no domicílio relacionadas com a hemiplegia, a minha abordagem como futura EEER junto da pessoa/família passou por ajudar à

conscientização das limitações existentes, reforçados sempre os ensinamentos sobre levantar e transferências, bem como a deambulação com dispositivos auxiliares da marcha; explicar o risco que as escadas constituem, ensinando como subir e descer as mesmas; ensinar acerca da adaptação às barreiras arquitetônicas e obstáculos que possam surgir (mobiliário, tapetes, pisos escorregadios, acessos), bem como incentivar para o uso de vestuário que não limite os movimentos e o uso de calçado com sola antiderrapante.

Os planos de reabilitação que elaborei tiveram sempre em conta a participação e envolvimento da pessoa e sua família nos ensinamentos, havendo sempre espaço para sessões de treino, esclarecimento de dúvidas e validação dos ensinamentos, com o intuito de mantê-los motivados na recuperação de funções, de prevenir lesões e evitar acidentes/quedas.

Recorri também ao uso de ortóteses de posicionamento para manter e estabilizar as articulações do punho, mão e dedos, bem como a tíbio-társica, mantendo as amplitudes articulares em posição anatômica e funcional, de modo a prevenir posições viciosas, evitando assim deformidades, dor e complicações da imobilidade. Surgiram-me inicialmente dúvidas acerca da colocação das ortóteses que foram contornadas com pesquisa e com esclarecimento de dúvidas junto da Enf.^a orientadora. Deste modo desenvolvi competências na elaboração e implementação de programas de treino de AVD, com o objetivo da adaptação às limitações da mobilidade da pessoa e à maximização da sua autonomia, através do ensino, treino e supervisão e avaliação da utilização correta de produtos de apoio e de dispositivos de compensação.

Deparei-me com várias situações de negligência do hemicorpo afetado, pelo que foi necessário realizar exercícios de reintegração do esquema corporal e de estimulação do hemicorpo afetado. Deste modo realizei ensinamentos aos familiares no sentido de aumentar a estimulação e a carga sensitiva do lado hemiplégico, através do recurso ao toque e à abordagem da pessoa pelo lado afetado, assim como expliquei-lhes que devemos iniciar a transferência da pessoa com hemiplegia para

cadeira de rodas, assim que possível, recorrendo ao uso de mesa de trabalho, pois facilita a integração do hemicorpo lesado no esquema mental. No que diz respeito à reorganização do espaço em casa, incentivei a família a fazer algumas mudanças na disposição da cama e mesa-de-cabeceira, no posicionamento da televisão, assim como promovi a utilização de espelhos para ajudar a pessoa a integrar o lado hemiplégico no seu esquema corporal.

Para Martins (2002) a incapacidade da pessoa para se alimentar está muitas vezes relacionada com a dificuldade em levar os alimentos à boca; com a consistência dos alimentos e com as capacidades de beber, comer, mastigar e engolir. Relativamente às necessidades de AC relacionadas com a alimentação e hidratação preocupei-me em estar presente no momento da refeição para avaliar a presença de dificuldades, bem como para avaliar o reflexo de deglutição. Observei na prática que a incapacidade das pessoas para se alimentarem autonomamente está também associada ao défice de concentração; à hemiplegia; à negligência do lado afetado e sobretudo às parésias faciais, sendo que uma das complicações que ocorreu mais frequentemente consistiu na disfagia.

Também Martins (2006) e Leal (2001) referem que outro dos problemas da pessoa com hemiplegia é a disfagia, o que pode levar à aspiração da saliva, de líquidos ou de comida, sendo comuns complicações associadas tais como: pneumonia de aspiração, desidratação e desnutrição. Neste sentido a avaliação e a implementação de medidas precoces são importantes para prevenir estas complicações, pelo que tive desde logo a necessidade de fazer uma avaliação do tipo de disfagia para poder adequar os ensinamentos, bem como a dieta a cada situação específica.

Uma vez que as refeições constituem momentos fulcrais para a estimulação do AC desenvolvi ensinamentos no sentido de demonstrar às famílias que, ao darem a comida à boca dos seus familiares não estavam a ajudá-los a promover o seu AC. Neste contexto procurei que as famílias compreendessem a importância de não substituírem o seu familiar, dando-lhe antes os recursos de que necessitam para fazerem por si.

A sala de estar do serviço de NC que servia de sala de refeições, à hora do almoço tornava-se num espaço com agitação e barulho que acabava por prejudicar a concentração da pessoa face à refeição, assim como, não permitia realizar ensinos. Deste modo, adotei a estratégia de fazer a refeição da pessoa no quarto, num ambiente mais calmo, com menos fatores de distração. Este contexto permitiu-me fazer ensinos à pessoa e família no sentido de: fornecer pequenas quantidades de alimentos de cada vez; recorrer ao uso de espessantes caseiros ou outros para contornar a disfagia a líquidos; dar espaço e tempo para a pessoa se alimentar por mão própria, não valorizando o fato de se sujar ou de deixar os alimentos cair; e estimular a pessoa para mastigar e deglutir. Esta estratégia adotada revelou-se bastante eficaz e houve inclusive situações de familiares que ficaram bastante admirados em como o seu familiar ao ser estimulado, ainda que com limitações, conseguiu alimentar-se por mão própria. Posso assim refletir que o segredo está mesmo em dar os recursos e tempo ao tempo.

O recurso a produtos de apoio pode facilitar na satisfação desta necessidade de AC e passa por colocar material antiderrapante por debaixo do prato; usar chávenas e copos de configuração especial, de modo a facilitar a ingestão de líquidos ou semi-líquidos; usar talheres adaptados, que facilitem a preensão (cabos engrossados), corte e ingestão dos alimentos; usar pratos côncavos ou com proteção lateral (rebordo do prato), permitindo à pessoa conseguir encher a colher sem os alimentos caírem do prato (Menoita *et al.*, 2012; Hoeman, 2011). No entanto deparei-me com a dificuldade de o serviço não dispor de dispositivos de compensação pelo que tive a necessidade de improvisar alguns utensílios, nomeadamente engrossar os cabos dos talheres enrolando uma ligadura à volta do cabo, de modo a facilitar a preensão. Estes e outros improvisos revelaram-se eficazes dadas as dificuldades económicas de algumas famílias que aproveitaram as dicas para as adotar no regresso a casa, assim como me permitiram aprender que temos muitas vezes que saber improvisar para conseguir dar respostas eficazes às necessidades detetadas.

Relativamente à necessidade de AC eliminação pude constatar que se encontra frequentemente afetada nas pessoas com alterações sensório-motoras/hemiplegia, pelo que necessita de ser treinada para se recuperar a autonomia. É importante que o EEER esteja sensível para a problemática e possam agir com a rapidez e destreza necessárias, até porque pude constatar que na fase aguda a pessoa com hemiplegia apresenta habitualmente uma bexiga neurogénica desinibida, que se caracteriza por ausência do controlo voluntário da micção associada a urgência urinária, polaquiúria e nócturia. Neste contexto face à eliminação vesical tive oportunidade de realizar ensinamentos para o tratamento da eliminação vesical, descritos pelos autores e que passaram por uma reeducação vesical (Leal, 2001) baseada numa terapia comportamental (Branco, 2009); e pelo fortalecimento da musculatura pélvica através dos exercícios de Kegel (Hoeman, 2011).

Para controlar a eliminação intestinal deve-se proceder a uma avaliação criteriosa, tendo em conta os hábitos e padrões intestinais da pessoa; à implementação de uma dieta personalizada e à promoção de atividade física, tendo em conta as capacidades da pessoa. Deste modo, no que diz respeito à eliminação intestinal como futura EEER procurei levar a pessoa à casa de banho para a sentar na sanita antes dos cuidados de higiene e após as refeições para aproveitar o reflexo ortostático e gastrocólico e treinar o intestino no sentido de aquisição de hábitos. Também recorri ao método de administração de laxantes e/ou emolientes prescritos e avaliação do seu efeito, tendo tido bons resultados nas intervenções implementadas. Estas intervenções são defendidas por vários autores que focam a importância de se instruir a pessoa a readquirir novos hábitos, reforçando ensinamentos de prevenção do risco de obstipação, através da promoção de uma dieta rica em fibras e de um plano de ingestão de líquidos adequada; definindo horários para as dejeções; ensinando estratégias para melhoria do padrão intestinal, tais como massagem abdominal na direção do fluxo intestinal, estimulação digital se necessário, promovemos o uso de laxantes e supositórios prescritos e monitorização da sua eficácia (Menoita *et al.*, 2012; Hoeman, 2011; Queirós, Cardoso & Margato, 2002).

Houve uma situação que experienciei que veio realçar a importância do EEER no seio da equipa multidisciplinar e que se prendeu com o caso de uma jovem com síndrome de cauda equina e que após a cirurgia foi desalgaliada, no entanto apesar de estar a urinar espontaneamente, apresentava ainda retenção urinária e incontinência de esforço. Tive oportunidade de realizei ensinos relativos aos exercícios de kegel; ao treino de hábitos; à quantidade de líquidos ingeridos e eliminados; e à alimentação mais adequada, no entanto no dia da alta, o quadro mantinha-se igual. A situação não foi valorizada pela equipa médica que deu indicação para alta, no entanto a EEER não concordou pois estava a fazer retenção urinária e a urinar só com esforço, ficando sempre com volume residual, pelo que alertou também para o facto de se tratar de uma jovem e que seria mais prudente dar alta algaliada e encaminhá-la para consulta da especialidade. Neste contexto foi pedido apoio ao Fisiatra que também concordou que a senhora não deveria ter alta sem um encaminhamento, ao que lhe marcou consulta para posterior ser encaminhada para a consulta de Alcoitão com o objetivo de realizar estudo urodinâmico.

Perante a situação de a jovem ter alta algaliada, antecipei que poderia ter dúvidas relacionadas com a manipulação da algália. No entanto, as suas dúvidas prendiam-se principalmente com o facto de estar nos seus planos a curto prazo ser mãe e queria saber de que modo a algália iria interferir com a sua sexualidade. Esta situação permitiu-me refletir e chegar à conclusão que o que nós pensamos que são as dúvidas e receios da pessoa, ao abordá-la percebemos que afinal são outras, logo em intervenções futuras vou procurar estar atenta a todas as dimensões da pessoa, bem como às suas reais preocupações e não às que eu acho que poderiam ser. Por outro lado levou-me a refletir que muitas vezes os profissionais de saúde descuram a componente da sexualidade e que esta não pode ser descurada, até porque muitas vezes constitui uma fonte de dúvidas e preocupações para a pessoa/família. Deste modo em situações futuras procurarei estar sempre atenta à componente da sexualidade, de modo a satisfazer todas as necessidades da pessoa /família por mim cuidados.

Por fim, com a vivência desta situação pude refletir e compreender mais uma vez a importância da intervenção do EEER, que nesta situação demonstrou que, com os seus conhecimentos, consegue detetar precocemente riscos e atuar na prevenção de complicações que poderiam decorrer desta alta sem acompanhamento. Esta situação contribui assim para que, na minha vida profissional como futura EEER, esteja mais atenta e aprenda a detetar e a prevenir riscos e complicações.

Após uma avaliação rigorosa de todo o contexto da pessoa/família, elaborei planos de cuidados de enfermagem de reabilitação personalizados, respeitando a capacidade individual de cada pessoa/família, e com vista ao restabelecimento da funcionalidade pós-lesão. A implementação destes planos de intervenção permitiu uma readaptação da pessoa/família às suas limitações; uma RC com satisfação das necessidades de AC; uma promoção da saúde e prevenção de lesões; uma maximização da autonomia e QV, bem como uma reeducação de funções aos vários níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade.

Estando sempre inspirada pela linha de pensamento de Orem procurei estruturar as minhas intervenções com base na identificação dos requisitos de AC universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa, identificando os fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o AC, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD de forma independente no contexto de vida específico de cada um. Durante as minhas intervenções recorri frequentemente aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, assim como, utilizei sempre os seus modos de ação para maximizar todo o seu potencial, tendo em conta objetivos individuais, necessidades e os diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade. Procurei assim mobilizar os recursos existentes no serviço, de acordo com as necessidades da pessoa/família, tendo sempre presentes as competências do EEER e colocando os “óculos” da teórica de enfermagem Orem, no sentido de promover o máximo de AC e autonomia da pessoa para a sua RC.

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

Capacitar a pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família para o AC e para a RC a nível familiar, profissional e social, maximizando a utilização dos seus recursos pessoais, familiares e sociais, revelou-se outro desafio bastante enriquecedor de experiências e aprendizagens que me permitiram refletir acerca de como a pessoa é surpreendente e imprevisível e de como o conceito de neuroplasticidade do SNC se aplica neste contexto. Das situações que tive o privilégio de acompanhar houve uma que me marcou particularmente, que foi a de um jovem com múltiplos aneurismas, que inicialmente ninguém acreditava que tivesse potencial de reabilitação, dado o seu prognóstico reservado. No entanto a EEER acreditou sempre e não desistiu. À medida que a sua situação foi evoluindo e o fomos estimulando este foi efetivamente mostrando potencial de recuperação, acabando por ser transferido para o CMFRA para dar continuidade ao seu processo de reabilitação.

Considero que esta situação foi um caso de sucesso da enfermagem de reabilitação em articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, que revelou a importância das intervenções do EEER que nunca desiste e intervém sempre, mesmo que inicialmente pareça não haver potencial de recuperação. Deste modo refleti e constatei que na perspetiva da enfermagem de reabilitação há sempre intervenções a fazer, sendo que pequenas intervenções podem significar grandes progressos reabilitativos a médio e longo prazo. Deste modo como futura EEER pretendo nunca desistir, pois há sempre algo que se pode fazer e marcar a diferença.

Outra das situações sobre as quais refleti prendeu-se com o caso de uma senhora muito ativa que era o suporte financeiro da família e que devido a um aneurisma se vê no hospital com limitações que influenciavam a sua vida em todas as suas dimensões física, psíquica, familiar, profissional e social. Realizei o plano de cuidados (Apêndice V, p.89) desta Sr.^a, no qual evidencio todo o trabalho desenvolvido no treino de AVD, para preparar o seu regresso a casa, no qual a presença da família revelou-se importante para a sua recuperação, assim como, me permitiu aperfeiçoar a minha técnica e pensamento crítico.

Houve simultaneamente outra situação que me permitiu fazer um acompanhamento abrangente, no qual houve necessidade de reunir todas as condições para que a pessoa pudesse regressar a casa com os recursos necessários para a sua RC. Nesta situação a esposa, foi desde o início envolvida como elemento ativo no processo de reabilitação, na medida em que combinei várias vezes com a mesma para assistir e colaborar nos cuidados, nomeadamente na higiene; vestir e despir; posicionamentos; levante e transferências; alimentação e eliminação, bem como prevenção de riscos. Ao intervir junto deste casal denotei como ambos se encontravam motivados e recetivos aos ensinamentos que lhes eram transmitidos, mesmo quando os resultados não eram tão favoráveis como esperavam. Deste modo, pude refletir e constatar que tem sempre que se ter em conta o potencial de reabilitação de cada pessoa, para se poder estabelecer metas atingíveis, que deverão ser divididas em metas a curto, médio e longo prazo. Com o estabelecimento de metas pretendi motivar a pessoa/família e ao mesmo tempo fazê-los entender que as aprendizagens são progressivas e que resultam de um processo de reabilitação contínuo, em que todos devem estar envolvidos. Processo este que é muitas vezes feito de avanços e recuos e que frequentemente necessita de ser readaptado e reajustado.

Surgiu por parte da família a necessidade de ter em suporte papel todos os ensinamentos por mim realizados. Perante esta necessidade equacionei a possibilidade de efetuar um panfleto para dar resposta a esta necessidade. Este aspeto é corroborado por Martins (2006, p.28) que salienta que “deve haver um manual para ser facultado ou

oferecido ao familiar que vai lidar com o doente e o irá acompanhar após a alta". Neste sentido achei que seria pertinente, tendo em conta o meu projeto, elaborar um panfleto no âmbito do treino de AVD na hemiplegia, no entanto tive receio que um panfleto dirigido para a hemiplegia fosse redutor, dado o serviço ser rico em múltiplas situações. Deste modo, para além da realização de um panfleto dirigido ao treino de AVD na hemiplegia (Apêndice VI, p.90) optei também pela elaboração de panfleto personalizado (Apêndice VII, p.91) para dar maior visibilidade e ser coerente com os ensinamentos que realizei adaptados àquela situação específica. Neste sentido a elaboração do panfleto visou complementar os ensinamentos realizados em contexto hospitalar com vista a melhorar o regresso a casa da pessoa. Deste modo, ao apresentar o panfleto à equipa dei ênfase ao facto de este não ser estanque, havendo a possibilidade de adaptar a cada situação específica que surgisse.

Surgiram várias oportunidades de abordar os cuidados à pessoa com hemiplegia e sua família, e pude intervir e adaptar estratégias que deram resposta às suas necessidades. Constatei que estas necessidades prendiam-se na sua maioria com: falta de informação acerca das patologias; falta de recursos de apoio; dificuldade em saber lidar com as sequelas e em se adaptarem a uma nova condição física. Também foram focados receios associados à necessidade de reestruturação dos papéis sociais e familiares, bem como às alterações nos projetos de vida pessoal e profissional. Verbalizaram-me também receios na preparação do regresso a casa e RC, relacionados com as condições do meio e em saber se vão recuperar as suas funções. A família preocupava-se também em saber se ia conseguir lidar com a situação de dependência no seio familiar, sendo que era notório nas primeiras abordagens em que deixarem transparecer angústia, ansiedade e receio por sentirem que não estavam à altura para fazer face às necessidades do seu familiar. Estes aspetos são corroborados por Campos, Padilha & Oliveira (2012, p. 30) que refere que "o que os membros da família prestadores de cuidados desejam receber dos profissionais de saúde são: suporte informacional de forma a reforçarem os conhecimentos e habilidades, suporte emocional e orientações sobre os recursos da comunidade".

É nesta fase que eu como futura EEER ambicionei ganhar terreno na minha intervenção junto da família, no sentido de criar um ambiente de diálogo, empatia, confiança, transmitindo uma segurança que lhes permita verbalizar os seus receios, dificuldades e necessidades. Pretendi capacitá-los para cuidar, mediando os recursos de que dispõem, dando sempre reforços positivos, esclarecendo dúvidas e valorizando a sua intervenção junto da pessoa.

Por outro lado preocupei-me em estar atento ao risco de desgaste físico e emocional de que os familiares cuidadores são alvo, criando estratégias e encaminhando para outros profissionais sempre que se justifique. Este aspeto é reforçado por Campos, Padilha & Oliveira (2012) e Hesbeen (2010) que focam a importância do EEER avaliar o nível de sobrecarga física e emocional dos cuidadores, de modo a identificar situações de depressão ou de conflitos, com o intuito de educar no sentido de preparar os cuidadores para o exercício dos seus papéis e para os ajudar a adquirirem técnicas e estratégias de coping para lidar com as situações problemáticas que possam surgir.

A influência do estado emocional e psicológico da pessoa na sua recuperação é determinante, sendo que surgiram dificuldades de adaptação à sua nova condição, que se traduziam em obstáculos à sua RC e interação com o meio envolvente. Deste modo, procurei como futura EEER promover a interação da pessoa com o meio envolvente. Solicitei à família que no regresso a casa privilegie atividades que a pessoa gostava de fazer; locais onde gostava de passear, objetos e vestuários preferidos, no sentido de valorizar as suas preferências, estimulando a sua auto-realização e auto-estima, no sentido de diminuir o isolamento e a depressão.

Também é importante dar ênfase ao seu papel social, bem como à expressão da sua religião e espiritualidade, isto porque se a pessoa estava habituada a ir à igreja, se possível manter esse hábito, envolvendo sempre a pessoa nas decisões. Neste contexto preocupei-me em estimular e valorizar a participação social, no sentido da promoção da sua autonomia, de modo a que posteriormente em contexto domiciliário, a sua readaptação ao meio envolvente fosse facilitada.

Outro aspeto importante passou também por valorizar e dar espaço para a pessoa/família verbalizar receios relativos à vivência da sexualidade; à incontinência de esfíncteres e também relacionados com a sua auto-imagem. Estes aspetos devem ser abordados e desmistificados em equipa multidisciplinar, de modo a reduzir a ansiedade e receios que possam surgir, bem como reunir todas as condições para que a vivência do processo de transição saúde/doença se desenvolva o mais saudável possível.

Foi muito gratificante estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas/famílias por mim cuidadas, demonstrando-me sempre disponível para esclarecer dúvidas e dar resposta às suas necessidades. Neste contexto o envolvimento da pessoa e sua família no plano de reabilitação revelou-se fulcral uma vez que lhes permitiu adquirir ferramentas para uma RC mais saudável. Também Campos, Padilha & Oliveira (2012) salienta que é importante que os profissionais de saúde criem uma parceria com as famílias o mais cedo possível, de modo a promoverem um suporte social e a compreenderem os caminhos percorridos por cada família para a reintegração do seu familiar.

Ao longo de todo este processo esforcei-me sempre por promover o AC da pessoa/família, tendo presente o modelo de enfermagem de Orem, bem como os sistemas de enfermagem propostos pela mesma, acompanhando-os e dando-lhes os recursos e estratégias que lhes permitam ir evoluindo ao longo dos vários sistemas de enfermagem.

Após a fase aguda, procura-se que o doente retorne ao seu contexto familiar o mais cedo possível. Assim, desde cedo os familiares são chamados e orientados a colaborar na continuidade da prestação de cuidados, passando a realizar um conjunto de tarefas que até então tinham sido realizadas pelos enfermeiros, tornando-se assim, elementos importantes da equipa de prestação de cuidados de saúde. (Hesbeen, 2012, p.59) Neste contexto, por ter sido uma necessidade detetada pelo serviço de NC e por mim enquanto profissional de saúde e futura

EEER, propus-me a promover a continuidade de cuidados, através da articulação com a comunidade, com vista à melhoria da RC da pessoa com hemiplegia e sua família.

Para a concretização desta meta considerei fundamental compreender o outro em todas as suas vertentes, dado ser essencial para o estabelecimento precoce de um programa de reabilitação e também para que este seja realista e transponível para o domicílio/ambiente/contexto de vida da pessoa. Neste contexto pretendi com as minhas intervenções perceber toda a envolvência da pessoa, de modo a criar estratégias e programar um regresso a casa tendo em vista a sua autonomia funcional, reintegração social, familiar e profissional.

Dado não existir no serviço de NC nenhum programa de preparação para o regresso a casa, detetou-se que havia lacunas relativas aos ensinamentos efetuados à pessoa/família, isto porque não havia uniformidade nem continuidade dos ensinamentos efetuados, logo havia ensinamentos que eram realizados e não eram validados e outros que não eram realizados. Perante esta situação propus-me a elaborar uma Folha Orientadora de Ensinamentos para RC (Apêndice VIII, p. 92), que contempla todos os aspetos/ensinamentos a ter em conta na preparação para o regresso a casa. Esta folha pode ser utilizada por todos os elementos da equipa de enfermagem, de modo a uniformizar e a promover a continuidade dos cuidados realizados, permitindo que nenhum ensinamento fosse esquecido e para que se pudesse avaliar e validar esses mesmos ensinamentos nos vários turnos.

Saliento um dos aspetos bastantes positivos do serviço de NC, que se prende com o facto de o planeamento da alta ser realizado em equipa multidisciplinar, e pude notar que a equipa médica estava frequentemente muito receptiva à opinião da EEER, sobretudo na tomada de decisão da alta clínica, que era partilhada.

Sempre que possível foi realizada articulação com o EEER da comunidade, promovendo assim a continuidade de cuidados e certificando-me sempre que aquela pessoa/família não ficariam “abandonados”, até porque demonstrei sempre a minha

Relatório de Estágio

disponibilidade e da equipa para recorrerem ao serviço de internamento hospitalar sempre que lhes surgisse alguma dúvida/dificuldade.

Durante a realização do estágio senti algum constrangimento/frustração no que concerne à realização da articulação com o EEER da comunidade, uma vez que tal não se processava como idealizei. Nem sempre se conseguiu estabelecer contacto telefónico com os colegas da comunidade, dado estes não estarem contactáveis. Perante esta situação, considerei pertinente de criar um documento de articulação com o EEER da comunidade, para poder dar conhecimento de todo o trabalho realizado no âmbito da enfermagem de reabilitação a nível hospitalar, no sentido de poder haver continuidade de cuidados no domicílio. No entanto a criação deste documento/folha de articulação com a comunidade teria que passar por aprovação do Conselho de Administração da Instituição, pelo que nesta fase não seria exequível a curto prazo, embora fosse uma necessidade sentida.

Para além de serem dadas altas para o domicílio eram também muitas vezes realizadas transferências para os hospitais da área de residência da pessoa. Deste modo, optei por arranjar uma estratégia de transmissão de informação/articulação com o EEER da comunidade e que passou por nas Notas de Alta/Transferência de Enfermagem no campo relativo ao resumo de internamento acrescentava as avaliações e intervenções do EEER, bem como os resultados obtidos com as mesmas, para que assim conseguisse promover a continuidade de cuidados de reabilitação.

No serviço de NC os registos do EEER eram realizados na Folha de Notas de Enfermagem onde toda a equipa faz os seus registos. Deste modo também recorri aos registos de enfermagem como instrumento precioso na continuidade de cuidados pelos vários turnos, na medida em que permitiram dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelo EEER. Permitiram igualmente dar a conhecer a toda a equipa as intervenções que estavam a ser implementadas, com o intuito de haver seguimento das mesmas, nos restantes turnos e sobretudo ao fim de semana, quando não havia EEER.

Trabalhei frequentemente em articulação com assistente social no planeamento do regresso a casa, tentando sempre perceber que tipos de apoios sociais/recursos da comunidade as pessoas disponham na sua área de residência, bem como produtos de apoio, perspetivando sempre uma RC, na qual se tente evitar situações de isolamento e exclusão social. Durante o estágio não houve oportunidade de realizar visitas domiciliárias conjuntas com a assistente social, devido a escassez de recursos, no entanto procurei sempre identificar junto da pessoa/família os factores facilitadores e inibidores para o regresso a casa, bem como a identificação de barreiras arquitetónicas e acessibilidades. Procurei ensinar a pessoa/família a eliminar essas barreiras e a criarem estratégias de adaptação necessárias ao ambiente envolvente, nomeadamente na reorganização das divisões da casa, bem como a terem conhecimentos relativos à legislação em vigor, que lhes pudesse servir de ferramenta para fazer face às dificuldades que podiam advir das novas mudanças incutidas pelas limitações subjacentes ao processo de transição saúde/doença. Neste sentido pude desenvolver a unidade de competência da mobilidade, acessibilidade e participação social.

Para além da articulação com as ECCEI, houve também situações de pessoas que tiveram que ser referenciadas para a EGA do HSM, de modo a que pudessem ingressar em unidades de reabilitação, sendo que frequentemente a grande maioria das pessoas saía do internamento diretamente para o CMFRA. Neste sentido ao fazer as referências dei sempre ênfase ao plano de reabilitação que estava a ser realizado com aquela pessoa/família dando assim visibilidade mais uma vez às intervenções do EEER.

Houve situações em que a pessoa tinha que regressar ao domicílio e ficar a aguardar vaga no CMFRA, pelo que durante o internamento comecei logo a preparar a pessoa/família para esse período de espera. Comecei por identificar as necessidades de AC, para depois estabelecer modos de ação para o treino de AVD.

Resta salientar que em abordagens futuras o ideal seria, previamente à alta, avaliar o contexto domiciliar em loco, para os ensinamentos pudermos ser ainda mais adaptados à realidade e cultura da pessoa/família, até porque de acordo com Martins (2006, p.245) “a aprendizagem deve estar adaptada ao contexto real, tornando-se mais eficaz quando o cuidador passou a desempenhar o seu papel ativamente”. Contudo devido à escassez de recursos que o possam realizar em âmbito hospitalar, apenas foi possível validar esses aspectos junto da pessoa/família e encaminhar a situação para os colegas da comunidade avaliarem e darem continuidade ao trabalho já iniciado no hospital.

Ser EEER implica ser perito na área, ou seja, ser detentor de um conhecimento aprofundado no domínio específico da reabilitação, capaz de deter competências que lhe permitam efetuar um julgamento clínico e uma tomada de decisão nos vários contextos de intervenção e de prestação de cuidados de saúde. Dada a saúde estar em constante inovação e investigação surge a necessidade de uma constante atualização de conhecimentos e de práticas para se promover e atingir excelência no cuidar. Para tal propus-me a aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família com vista à RC. Assumi responsabilidades de autoformação, através da identificação de necessidades formativas pessoais e das da equipa/serviço onde me encontrava a realizar estágio. Deste modo pude desenvolver os meus conhecimentos e simultaneamente partilhá-los com os restantes elementos da equipa, Enf.^a orientadora e professor orientador, para assim poder haver uma partilha de saberes, aprendizagens e experiências. Considero ter recorrido às tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados, que me permitiram aplicar na prática os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados seguros e competentes à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família. Procurei sempre rentabilizar as oportunidades de aprendizagem que iam surgindo, bem como refletir acerca delas e da sua importância para mim como futura EEER.

O estágio decorreu num período complicado para a equipa de enfermagem, devido à escassez de recursos humanos, pelo que não houve oportunidade de realizar a sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem para apresentação da Folha Orientadora de Ensino para RC da pessoa com hemiplegia e sua família, bem como do Panfleto por mim elaborados. No entanto aproveitou-se a reunião das ocorrências para dar conhecimento à equipa, tendo havido uma aceitação e crítica positiva por parte da Enf.^a orientadora e restantes elementos.

3.2 Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e percursos formativos utilizados no sentido de aquisição de competências na área de enfermagem de reabilitação respiratória

Para aquisição de competências como EEER na área respiratória, realizei estágio na URFR do HSM, onde estabeleci como objetivo principal desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na área de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família. Para atingir este objetivo iniciei o percurso pela integração na equipa, sua dinâmica e organização, tendo as atividades (Apêndice IX, p. 93) desenvolvidas sido realizadas com sucesso, de tal modo que o feedback positivo do meu desempenho, tanto dos profissionais da equipa como as pessoas cuidadas, me fez sentir como elemento integrante da mesma.

Na URFR, a reabilitação é realizada exclusivamente por EEER, que intervêm em patologias do foro respiratório, bem como, no pré e pós-operatório de cirurgias, prevenindo e tratando complicações. Desenvolvem também um excelente trabalho na área da readaptação ao esforço, sobretudo nas pessoas com DPOC, bem como na capacitação para a realização das AVD, tanto nas patologias obstrutivas como nas restritivas.

A URFR revelou-se um serviço bastante rico para a minha aprendizagem pela diversidade de experiências, tanto em ambulatório como no internamento, que me permitiram visualizar na prática a importância de se realizarem programas de

reabilitação individualizados e adaptados a cada pessoa. Este aspeto é corroborado por Cordeiro & Menoita (2012,p.59) quando referem que:

cada programa deve ser contextualizado e adaptado individualmente, tendo em conta múltiplos fatores relacionados com a doença (fase evolutiva, estabilização/agudização, patologia associada), com a pessoa (grau de instrução e capacidade de aprendizagem, situação sócio-familiar e profissional), com o local de aplicação (ambulatório, internamento ou domicílio) e com os meios disponíveis. (Cordeiro & Menoita,2012, p.59)

Na URFR, as pessoas deslocam-se em regime de ambulatório para RFR e treino de exercício, pelo que tive oportunidade de realizar admissões de pessoas com patologias diversificadas e planear o programa de exercícios a realizar, bem como projetar a introdução de dispositivos técnicos como o espirómetro incentivo, entre outros, mediante as necessidades individuais de cada pessoa.

Constatei que a participação da família é pouco significativa no regime ambulatório, na medida em que a pessoa surge muitas vezes sozinha. No entanto, nas situações em que a família esteve presente pude envolvê-los nos processos educativos de adesão à medicação e correta administração de terapêutica inalatória; no ensino de limpeza e manutenção do equipamento utilizado durante as sessões de RFR, bem como responsabilizá-los para estimular a pessoa a realizar os exercícios de RFR no domicílio.

Na consulta de enfermagem de FQ, realizada na URFR, tive também a oportunidade de ver os vários planos de reabilitação individualizados, bem como aprofundi conhecimentos acerca desta patologia que acarreta alterações nos vários sistemas da pessoa. As intervenções do EEER na FQ são bastante abrangentes e prendem-se principalmente com criar estratégias que previnam crises; apoiar na gestão/adesão à terapêutica e reforçar ensinamentos. Esta experiência revelou-se bastante enriquecedora, na medida em que desenvolvi igualmente conhecimentos relacionados com os vários sistemas de administração de terapêutica inalatória, o que me permitiu em situações futuras, melhorar os cuidados prestados.

De acordo com Cordeiro & Menoita (2009, p.225) a VNI associada à RFR tem “benefícios para a pessoa com insuficiência respiratória crônica, tanto na fase de exacerbações, como na fase de estabilização, sendo que o enfermeiro tem um papel determinante na detecção precoce de possíveis complicações da VNI, e na sua resolução”. Perante este aspeto propus-me a passar pela UCIR, onde esta inserida a Unidade de VNI, para compreender as intervenções do EEER na pessoa ventilada e na submetida a VNI. Esta aspiração surgiu porque no meu serviço temos várias situações de doentes em VNI e senti necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a essa tipologia de doentes. A experiência na Unidade de VNI permitiu-me aprender a adaptar os exercícios de RFR, gerindo prioridades e optando por exercícios que sejam eficazes e que não os obriguem a um grande dispêndio de energia, pois podem entrar em exaustão respiratória com facilidade.

Para aperfeiçoar os meus conhecimentos na área da VNI tive também o privilégio de assistir a uma formação lecionada por um colega da especialidade acerca da temática da VNI. Participei igualmente num curso teórico-prático de VNI no doente agudo para enfermeiros, onde pude aprofundar conhecimentos e esclarecer dúvidas acerca dos princípios gerais da VNI; da implementação da VNI em doentes agudos, bem como da sua monitorização, vigilância e complicações.

Segundo Nunes (2003), nos dias de hoje, o oxigénio pode fazer parte integrante de um plano terapêutico, sobretudo nas patologias agudas e crónicas do foro respiratório. Perante este facto demonstrei interesse em participar nas consultas de OLD e considerei esta experiência bastante enriquecedora, dado se atender sempre à pessoa e sua família como um todo, não se centrando apenas na patologia do foro respiratório, assim como, permite um acompanhamento da pessoa por parte da equipa multidisciplinar, na qual o EEER tem uma intervenção ampla no controlo de sintomas, realização de ensinios e promoção do AC.

Os EEER da URFR intervêm também no internamento, sobretudo dando apoio nos serviços que não dispõem de EEER. No internamento pude colaborar no

planeamento e execução cuidados, trabalhando em parceria com os enfermeiros dos vários serviços. A passagem pelo internamento permitiu-me desenvolver competências a nível da adaptação dos planos de intervenção tendo em conta as necessidades e o grau de colaboração da pessoa.

Compreendi a importância de se adaptar a linguagem na explicação dos exercícios, para que seja o mais simples possível, para que as pessoas com défices cognitivos possam colaborar dentro das suas capacidades. Houve situações em que me senti inicialmente frustrada, pois nem sempre conseguia a colaboração da pessoa, no entanto aprendi a utilizar estratégias que me ajudaram a sentir mais confiante.

Consegui melhorar a interpretação dos exames complementares de diagnóstico, bem como a técnica de auscultação pulmonar, embora ainda sinta algumas dificuldades na deteção de alguns ruídos adventícios, no entanto considero que com a prática vou conseguir aperfeiçoar-me.

A passagem pelo internamento permitiu-me refletir acerca das dificuldades sentidas pelos EEER quando se deslocam aos vários serviços. Surgem dificuldades que se prendem com o facto de o processo clínico nem sempre estar disponível e não haver computadores para consultar os exames complementares de diagnóstico, e nem sempre os enfermeiros dos serviços estão disponíveis para transmitir informações acerca das situações e discutir os casos. Aprendi com a esta experiência que o grande desafio que se impõe ao EEER consiste em, apesar das adversidades, ter a destreza para se adaptar a novas situações e diferentes contextos, planeando cuidados individualizados com os recursos de que dispõem, avaliando sempre as condições de segurança do meio.

Para atingir o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, que lhe confere alterações nas suas necessidades de AC, desenvolvi atividades e estratégias de atuação, que me permitiram desenvolver competências técnicas que visem a manutenção da

capacidade das pessoas em adquirirem um padrão respiratório eficaz, no sentido de prevenir complicações e evitar incapacidades.

Implementei planos de intervenção com o objetivo de promover capacidades adaptativas, através do melhoramento das funções residuais, bem como, recuperar a autonomia nas AVD. Para tal desenvolvi os meus conhecimentos científicos acerca da avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, tendo em conta as suas especificidades. Neste contexto e de acordo com os indicadores e critérios de avaliação que defini considero que aprofundei conhecimentos e práticas relativas à auscultação, leitura e interpretação imagiológica nas várias patologias do foro respiratório. Realizei colheitas de dados à pessoa com patologia do foro respiratório, de modo a identificar as necessidades de AC alteradas. Avaliei o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro respiratório, de modo a reeducar a sua função respiratória para que possa realizar as AVD de forma independente. Para tal recorri a instrumentos de avaliação tais como a Escala Modificada de Borg (Anexo nº 6, p.82) para avaliação da dispneia/cansaço e ao Questionário de Saint George (Anexo nº 7, p.83) para avaliação da QV no pré-treino e no pós treino, para se verificar os benefícios da RFR.

Foi-me proposto pela Enf.^a orientadora a participação na elaboração de um guia de ensinos à pessoa, desafio este que abarqueei com agrado tendo realizado os ensinos relativos ao espirómetro de incentivo (Apêndice X, p. 94), que desenvolvi e coloquei em prática com sucesso. A colaboração na elaboração do guia de ensinos permitiu-me aplicar os modos de ação proposto por Orem, que consistiram em ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa.

Um crescente número de evidências científicas tem documentado os benefícios dos programas de treino de exercício, de treino de esforço e, ainda o treino das técnicas de conservação de energia na pessoa com patologia respiratória crónica (Cordeiro *et al.* (2009), p. 117; Soares *et al.*, 2009; Pamplona & Morais, 2007; Velloso *et al.*, 2006). Neste sentido, para além dos exercícios de RFR, tive igualmente

oportunidade de compreender a intervenção do EEER na Readaptação ao Esforço, de modo a promover um maior AC na realização das AVD. Para tal identifiquei as necessidades de AC alteradas na pessoa, de modo a direcionar a readaptação ao esforço nesse sentido. Neste contexto concebi e implementei planos de intervenção com vista a uma readaptação ao esforço, realizando um programa de exercícios adaptado, tendo em conta a sua patologia respiratória. Os ensinamentos realizados foram bastante diversificados e incidiram nos exercícios de RFR; na importância do cumprimento da terapêutica de modo eficaz; na promoção de estilos de vida saudáveis e evicção tabágica, tendo sempre sido realizados registos de enfermagem nas folhas próprias e no processo clínico de modo a haver sempre continuidade de cuidados.

Das experiências vivenciadas a que mais me marcou foi a da Sr.^a A.M., uma vez que tive o privilégio de fazer o seu acompanhamento desde a admissão até à alta, bem como elaborei o seu plano de cuidados (Apêndice XI, p.95). Esta situação permitiu-me refletir acerca dos reais objetivos da minha prestação de cuidados, fazendo-me compreender que o maior objetivo não era reverter a parésia, mas sim capacitar a senhora a controlar o cansaço que sentia e que a limitava na realização das suas AVD, ou seja, mais importante que curar ou reverter situações de incapacidade é dar recursos à pessoa para aprender a viver com as suas limitações, permitindo a sua RC. Pude assim compreender que, apesar de haver situações patológicas que se revelam irreversíveis, há sempre algo que o EEER pode fazer para marcar a diferença, como seja capacitar para o AC, apoiar psicologicamente e melhorar significativamente a QV das pessoas.

Todo este percurso, dada a sua complexidade, implicou o desenvolvimento de competências, que me conferiram potencial de reflexão e avaliação das atividades, através do recurso aos indicadores e critérios de avaliação previamente estabelecidos. Deste modo considero que os resultados culminaram num aprofundamento de competências especializadas e consequentemente na melhoria do meu desempenho profissional, conforme é esperado a um Enfermeiro Especialista.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório revelou-se numa ferramenta que me permitiu refletir acerca do meu desempenho, bem como avaliar todo o percurso percorrido, através da exposição das aprendizagens e das atividades efetuadas nos estágios.

Os estágios tiveram um grande impacto no meu processo de transição para EEER, pelo que espero ter conseguido transparecer um retrato fiel de como os vivenciei, transpondo as experiências mais marcantes, que me permitiram adquirir progressivamente competências e maturidade pessoal e profissional.

Durante este período compreendi a complexidade e a abrangência das intervenções do EEER, que se inscrevem na promoção dos estilos de vida saudáveis, na satisfação das necessidades de AC e na estimulação da autonomia na realização das AVD. Estas intervenções visam uma readaptação da pessoa/família às limitações decorrentes de patologias degenerativas ou incapacitantes, com vista a uma RC, tanto familiar, social como profissional. Na mesma linha de pensamento também para Hoeman, o EEER tem:

a obrigação de promover as intervenções preventivas na Enfermagem de Reabilitação, não só para assegurar que os utentes mantêm as capacidades funcionais, evitar mais incapacidade e prevenir complicações, como para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade. (Hoeman, 2011, p.20)

Chegada a esta fase do percurso e no âmbito da formação contínua em enfermagem posso dizer que esta não está terminada, há sempre algo para aprender e acrescentar ao conhecimento. Deste modo, este foi um período de “transformação” pessoal e profissional, que tal como refere Abreu (2001) surge como resultado da história de vida e das exigências do contexto, onde se desenvolvem estilos de aprendizagem e determinadas competências, em detrimento de outras.

Relatório de Estágio

O EEER para além de competências técnicas e científicas deve desenvolver também competências na área da relação interpessoal, da comunicação e da relação de ajuda, que lhe permitam uma abordagem holística no cuidar.

Com as experiências vivenciadas pude ver in loco como é magnífica a Neuroplasticidade do SNC, revelando-se determinante para a recuperação de capacidades e readaptação da pessoa às limitações que se lhe impuseram.

As principais dificuldades e limitações que senti durante este percurso de crescimento foram ao nível da articulação da vida pessoal, académica e profissional, pois nem sempre foi possível usufruir das horas de formação durante a realização dos estágios, o que conduziu a momentos de stress para conseguir conjugar horários e também por estar longos períodos sem folgar. No entanto com vontade e motivação tudo se conseguiu.

Outra dificuldade sentida, prendeu-se com o fato de no estágio de NC ter encontrado uma realidade diferente da que vigorava aquando da aplicação das entrevistas, na qual os tempos de internamento eram cada vez mais curtos, o que se revelava uma barreira para preparar convenientemente a pessoa/família para o regresso a casa e para a sua RC. No entanto reformulei os meus objetivos e as estratégias que adotei revelaram-se eficazes, conseguindo intervir de forma positiva na RC da pessoa com hemiplegia e sua família.

No que diz respeito à articulação com a comunidade este aspeto ficou um pouco aquém das minhas expectativas e foi onde detetei maiores dificuldades, dado nem sempre se conseguir contactar o EEER da comunidade, no entanto as estratégias adotadas foram eficazes e as referenciações foram sempre realizadas.

O facto de o segundo local de estágio ter sido trocado também criou alguma tensão inicial gerada pela incerteza de assegurar o campo de estágio, mas graças à disponibilidade da Enf.^a Chefe da URFR para me receber, esse constrangimento depressa se dissipou.

Relativamente às minhas dificuldades iniciais, estas prendiam-se com o aprender a gerir prioridades, na medida em que com o entusiasmo inicial queria realizar todos os exercícios possíveis com a pessoa/família, contudo rapidamente percebi que tal não era exequível, pelo que optei por ir introduzindo de forma faseada para se obterem melhores resultados.

Como aspetos facilitadores da minha aprendizagem saliento os conhecimentos, a experiência e disponibilidade dos vários orientadores de estágio que fizeram com este fosse um período de “despertar” para novos conhecimentos, realidades e sentires. Neste contexto, considero que os locais de estágio escolhidos me permitiram um vasto leque de experiências e que o meu desenvolvimento ao longo dos mesmos foi bastante positivo, tendo-os realizado com muito empenho e dedicação. Contudo existem sempre aspetos a melhorar, pois estamos em constante aprendizagem e reciclagem de conhecimentos. Inerente a estes aspetos está o facto de considerar fundamental, o saber sempre justificar os meus atos e não me limitar a fazer por fazer ou porque vi alguém fazer, ou seja, como futura EEER pretendo adotar sempre uma postura de questionamento constantemente e uma forma de agir que seja consciente, refletida e justificada.

As minhas propostas e sugestões de mudança têm lugar tanto na vertente pessoal como na profissional, uma vez que considero que há sempre arestas para limar. Deste modo, pretendo realçar a importância de apostar numa contínua pesquisa bibliográfica, acerca das temáticas inerentes à área em que estou a prestar cuidados, pelo que, me proponho a continuar, em situações futuras, a efetuar uma atualização constante dos meus conhecimentos, apostando na formação, de forma a saber sempre o porquê das coisas e a saber inter-relacioná-las. Se assim for, sentir-me-ei mais autónoma, confiante, segura e responsável na prestação de cuidados, transmitindo isso aos outros e sobretudo às pessoas e famílias.

Por outro lado proponho-me a apostar na investigação em conjunto com os EEER do meu serviço e instituição, no sentido de promover a investigação na área da

enfermagem de reabilitação, uma vez que pude constatar que há escassez de artigos científicos realizados por EEER.

Para prestar cuidados com qualidade é necessário que a relação estabelecida entre o EEER e a pessoa/família seja uma relação baseada na empatia, confiança e respeito. Para tal, é essencial ver a pessoa/família de forma holística, prestando-lhes cuidados individualizados e tendo sempre respeito pela sua dignidade e privacidade. Para prestar cuidados individualizados é importante saber-me colocar no lugar do outro e saber escutar o outro, o que por vezes não é fácil, e compreender que os cuidados devem ser adequados para as reais necessidades das pessoas/famílias e não para as que eu considero que sejam as deles. Neste contexto, proponho-me a estar sempre atenta às reais necessidades das pessoas/famílias, envolvendo-os sempre nos cuidados e tendo em conta as suas dificuldades, opiniões e sentimentos.

Outro aspeto que considero importante é o de saber sempre reconhecer as minhas limitações, pelo que, durante os estágios, tive sempre o cuidado de solicitar ajuda sempre que necessitei, visto que ser humilde não é motivo de vergonha. Uma das dificuldades sentidas foi a de utilizar uma correta mecânica corporal, pelo que fui-me aperfeiçoando nesta área à medida que me fui sentindo mais confiante nas técnicas que estava a desenvolver. No futuro proponho-me a manter esta linha de pensamento e a não ter receio em esclarecer dúvidas.

Proponho-me igualmente, como futura EEER, a aperfeiçoar a continuidade de cuidados, através da agilização e melhoramento da articulação entre o EEER do hospital e o da comunidade, de modo a permitir uma RC ajustada à realidade da pessoa/família. Para tal gostaria de construir um instrumento de articulação transversal aos vários serviços da instituição, que possa ser adotado e consultado por todos os profissionais, nos vários contextos de cuidados, bem como seria positivo se pudessem ser realizar visitas domiciliárias e reuniões com os EEER da comunidade, de modo a melhorar o regresso a casa.

Gostaria de salientar os benefícios da intervenção do EEER como elemento de referência e como mediador na articulação das várias equipas multidisciplinares, para que em conjunto possamos potenciar a formação à pessoa/família para que o seu regresso a casa ocorra com menos receios e maior segurança e otimismo por parte de todos os envolvidos. Deste modo considero que a área da formação é das vertentes em que o EEER pode dar uma maior visibilidade da sua atuação, detetando lacunas e intervindo sempre que necessário. Proponho-me assim a apostar na formação em serviço, uma vez que quando devidamente planeada, motiva e organiza a reflexão sobre a prática e o desenvolvimento de competências. Ajuda simultaneamente na resolução de problemas, com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e no desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Resta salientar que considero ter atingido os objetivos a que me propus, sendo que o recurso à reflexão crítica de todo o percurso permitiu o desenvolvimento e maturação das minhas competências como futura EEER, bem como confirmar que para progredirmos temos que ser plurais, isto é englobar todos os saberes para criar novas possibilidades de investigação. Chego assim ao fim deste percurso, que apesar de ser o fim não significa o fechar de uma porta, muito pelo contrário, sinto que várias janelas se abrem e que este é um ponto de partida para novos percursos.

5. BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson C. – *Identidade, Formação e Trabalho*. Coimbra: Formasau, 2001. ISBN 972-8485-21-2.
- ALMBORG, Ann-Helene *et al.* (2009) – Discharge planning of stroke patients: the relatives perception of participation. *Journal Clinical Nursing*. 18. 857-865.
- ANDRÉ, C. (2006) – *Manual de AVC*. Rio de Janeiro. Livraria e Editora Revinter R, Lta., 2ª edição.
- ARTS, Mark., KWA, Vincent. & DAHMEN, Rutger (2008) – Hight satisfaction with an individualized stroke care programme after hospitalization of patients with TIA or minor stroke: a pilot study. *Cerebrovascular Diseases*. 25:566 – 571.
- BENNER, Patricia. (2005) – *De Iniciado a Perito*. 2ª Edição. Quarteto. ISBN: 989558-052-5. Depósito legal 228818/05
- BOBATH, B. (1998) – *Hemiplegia no Adulto – Avaliação e Tratamento*. Manole, SP.
- BOCCHI, Silvia (2004) – O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. V.57. Nº5. Set./Out.p.569-573.
- BURTON, Christopher, GIBBON, Bernard (2005) – Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal Clinical Nursing*. 52(6). P.640-650.
- BRANCO, T. (2009) – Estratégias na incontinência urinária – novas abordagens. In: *Sinais Vitais*. Coimbra. Nº 83.Março.p.16-23.
- CAMPOS, Maria Joana Alves, PADILHA, José Miguel dos Santos Castro & OLIVEIRA, Manuel Fernados dos Santos. (2012) – A Família Prestadora de Cuidados Uma Revisão Da Literartura. In: *Sinais Vitais*. Nº 101. Março. p.27-32.
- CARDOSO, J. (2004) – Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. In: *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Nº20. p. 385-94.
- CORDEIRO, Maria do Carmo, MENOITA, Elsa (2012) - *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência. Loures. ISBN: 978-972-8930-86-8

- FARO, Ana (2006) – Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev Esc Enferm USP*. 40(1):128-33.
- FERRINHO, Paulo, GONÇALVES, Aldina. (1997) – Desenvolvimento comunitário e reabilitação na comunidade. *Análise Psicológica*. 3 (XV): 443-448.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – *O processo de investigação: da concepção à realidade*. Loures: Luso ciência.388p.ISBN 972-8383-10-X
- FREITAS, Gabriel Duarte de (2011) - Reabilitação neurofuncional em um paciente com hemiplegia espástica como sequela de AVC. Estudo de caso. EFDeportes.com. *Revista Digital*. Buenos Aires. Ano 16. Nº 155. Abril.
- HESBEEN, W. (2010) – *A Reabilitação - Criar Novos Caminhos*. Loures: Lusociência. IBSN: 978-972-8383-43-5.
- HOEMAN, Shirley (2011) - *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª Edição.Loures:Lusociência.ISBN978-0-323-04555-1.
- HORN *et al.* (2003) – Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/paréticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico. *Arq. Neuropsiquiatria*. 61 (3-B): 768-771.
- JONHSTONE, M. (1987) – *Tratamento domiciliário do doente hemiplégico: Texto de apoio nº.3*. São Paulo: Editora Manole Lda.
- KLOTZ, Tatiana *et al.* (2006) - Tratamento fisioterapêutico do ombro doloroso de pacientes hemiplégicos por acidente vascular encefálico. Revisão da Literatura. *ACTA FISIATRA*, vol.13, n.1, p. 12-16.
- LEAL, F. (2001) - Intervenção de enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In: *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau, Formação e saúde Lda, Edições Sinais Vitais. ISBN: 972-8485-18-2. p. 131-151.
- LEITÃO, A. *et al.* (2006) - *Projeto Diretrizes : Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação*.
- LOPEZ, A. *et al.* (2006) - Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*. Vol 367, nº 9534. p. 1747-1757.(27 maio 2006).
- LOTUFO, P. (1996) - Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. *Revista da Sociedade de Cardiologia*. Estado São Paulo. Nº5. p. 541-547.

- LOURENÇÃO, Maria Inês, TSUKIMOTO, Gracinda; & BATTISTELA, Linamara (2006) - O "teste de destreza manual Minnesota adaptado" utilizado como avaliação do potencial de uso de membros superiores de pacientes hemiplégicos. *Acta Fisiatra*. 14(1): 56 - 61
- MARTINS, M. (2002) – *Uma crise accidental na família: o doente com AVC*. Coimbra.Formsau.
- MARTINS, T. (2002) - *Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais*. Escola Superior de Enfermagem de São João. Edição da autora.
- MARTINS, T. (2006) – *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes familiares cuidadores*. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde Lda.
- MCGINNES, Alison *et al.* (2010) – The role of the community stroke rehabilitation nurse. *British Journal of Nursing*. Vol.19.nº16.
- NUNES, C. – Oxigenoterapia In: GOMES, M. E SOTTO-MAYOR – *Tratado de Pneumologia Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Lisboa: Permanyer Portugal, 2003. P. 999-1002.
- OLIVEIRA, Rui Aragão (2000) – Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise psicológica*. 4 (XVIII): 437-453.
- OREM, Dorothea E. (2001) - *Nursing Concepts of Practice*. 6th ed. Saint Louis (GE):Mosby.ISBN0-323-00864-X
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – *Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. 29 de Maio.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. 20 de Outubro.
- PETRONILHO, F. (2007) – *Preparação do regresso a casa*. Coimbra. Editora Formasau.
- PINTO, Vanda Marques (2001) - Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alteração do nível de consciência. In: *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra:

Formasau, Formação e saúde Lda, Edições Sinais Vitais. ISBN: 972-8485-18-2. p. 45-56.

QUEIRÓS, Paulo, CARDOSO, Fernando & MARGATO, Carlos (2002) – *Técnicas de Reabilitação I*. Manual Sinais Vitais nº 2. Coimbra. 3ª edição. ISBN: 972-8485-25-5.

REIS, Allison, COBUCCI, Ricardo. (2011) – Preparação para a alta hospitalar do paciente acometido por acidente vascular encefálico: visão do cuidador familiar. *Revista Enfermagem Integrada* – Ipatinga: Unileste – MG. V.4 – Nº1. Jul./Ago.

RUIVO, Maria Alice, FERRITO, Cândida & NUNES, Lucília (2010) – Metodologia do Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Enfermagem – Revista Percursos – Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*. Nº 15. Janeiro-Março. 2010.

SANTIAGO, M., CORBETT, J. (2006) - Exame Neurológico. In: HAINES, D. - *Neurociência Fundamental - Para aplicações básicas e clínicas*. 3ª ed. Elsevier Editora. ISBN: 9788535219777.

SPECHT, Dawn. (2007)- Ensino do Paciente. In: TIMBY, Barbara K. *Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem*. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed-

UMPHRED, A. (2010) – *Neurological Rehabilitation*. London. Mosby Elsevier. 5ª edition.

WATSON, Jean (2002) - *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar*. Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ANEXO II – Escala de Lower

ESCALA DE FORÇA MOTORA

0	Sem contração (paralisia total)
1	Contração muscular visível ou palpável sem movimentação
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade
4	Movimento ativo contra resistência
5	Força normal

ANEXO III – Escala de Ashworth Modificada

Escala de espasticidad de Ashworth modificada

0: Tono muscular normal.

1: Hipertonía leve. Aumento en el tono muscular con "detención" en el movimiento pasivo de la extremidad, mínima resistencia en menos de la mitad de su arco de movimiento.

2: Hipertonía moderada. Aumento del tono muscular durante la mayor parte del arco de movimiento, pero puede moverse pasivamente con facilidad la parte afectada.

3: Hipertonía intensa. Aumento prominente del tono muscular, con dificultad para efectuar los movimientos pasivos.

4: Hipertonía extrema. La parte afectada permanece rígida, tanto para la flexión como para la extensión.

Fuente: Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis, Practitioner 1964;192:540-542.

ANEXO IV – Escala Modificada de Barthel

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____

D.N. / / ID: _____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário.
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado à noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário.
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

ANEXO V – NIH - Escala de AVC

N I H ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correta. Registre a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. Não volte atrás para alterar pontuações. Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. As pontuações são atribuídas com base no desempenho do paciente. O examinador deve registrar a pontuação refletir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele deveria fazer. Deixar em branco as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma clara. Exceção quando indicado, o doente não deve ser encorajado. II e, várias tentativas para que o doente faça um esforço especial).

Instruções	Definição da escala	Pontuação
1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como queixo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.	0 = Acordado; responde corretamente. 1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonômicas, ou sem qualquer tipo de resposta.	—
1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correta - não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com alvia ou estupor que não compreendem as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traqueostomia orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreira da linguagem ou qualquer outro problema não secundário à afasia recebem 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde a ambas as questões corretamente. 1 = Responde a uma questão corretamente. 2 = Não responde a nenhuma questão corretamente.	—
1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registrado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue 50 a primeira tentativa.	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	—
2. Melhor Olhar Conjugal: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocéfálico) são pontuados, mas a prova calorica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugal do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parêntese de nervo parietal isolada (NC III, IV ou VII), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para o outro para esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugal.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar conjugal. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou parêntese total do olhar conjugal. 2 = Desvio forçado ou parêntese total do olhar conjugal não revertido pela manobra oculocéfálica.	—

N I H ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar o lado em que mexeu os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou consideração, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanopsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cepo, incluindo cegueira cortical).	—
4. Pareia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial: menor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado do face).	—
5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmos para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente alisa e encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou outro suporte. 2 = Alguns esforços contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou outro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; poucado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique.	—
6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente alisa e encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou outro suporte. 2 = Alguns esforços contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou outro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna	—

NIH ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de defeito de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes de dedo-nariz e calcanhar-jelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.	cal logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose; explique: _____	_____
8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial a picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo colorido em paciente obnubilado ou afásico. Se a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo - membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face - quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemisintética. Pontue com 2 se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporados ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a-3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.	0 = Normal; sem perda de sensibilidade. 1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.	_____
9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obtém-se muita informação acerca da capacidade de compreensão. Prede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objectos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a-3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação do doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumprem nenhuma ordem simples.	0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência; questionamento e sobrevivência por parte do	_____

NIH ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não-testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.	examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada. O examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.	_____
11. Extinção e Dupontação, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste de estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não-testável.	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria. NT = Entubado ou outra barreira física; explique: _____	_____
12. Extinção e Dupontação, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste de estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não-testável.	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemideatenção ou hemideatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.	_____

Você sabe como fazer.

Descida à Terra.

Cheguei a casa do trabalho.

Perto da mesa, na sala de jantar.

Eles ouviram-no falar na rádio, na noite passada.

Lista para leitura no item 9. Melhor Linguagem.

5

Mamãe

Tic-Tac

Paralelo

Obrigado

Estrada-de-ferro

Jogador de futebol

Lista de Palavras no Item 10. Diartria.



Figura para o item 9, Melhor Linguagem.

Copyright © 1993 by Lusa & Poyser



Lista para Nomeção no item 9, Melhor Linguagem.

ANEXO VI – Escala de Borg Modificada



IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Avaliação de Dispneia e Cansaço

Unidade de Reabilitação Respiratória - Piso 9
Responsável: Dr^a Margarida Sousa

Data: ____ / ____ / ____ Processo OLD: _____

Escala de BORG Modificada

DISPNEIA			CANSAÇO		
_____	0	Absolutamente nada	_____	0	_____
_____	0,5	Pouquíssima, quase nada	_____	0,5	_____
_____	1	Muito pouca	_____	1	_____
_____	2	Pouca	_____	2	_____
_____	3	Média, regular	_____	3	_____
_____	4	Um pouco forte	_____	4	_____
_____	5	Forte	_____	5	_____
_____	6		_____	6	_____
_____	7	Muito forte	_____	7	_____
_____	8		_____	8	_____
_____	9	Fortíssima	_____	9	_____
_____	10	Máxima	_____	10	_____

Unidade de Reabilitação Respiratória

1 / 1

SERVIÇO DE
PNEUMOLOGIA

Director: Prof. Doutor A. Bugalho de Almeida

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 - Fax: 217 805 610

www.chln.pt

IMP030.00

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

www.chln.pt

ANEXO VII – Questionário de Saint George's



Avaliação da Qualidade de Vida

Unidade de Reabilitação Respiratória - Piso 9
Responsável: Dr^a Margarida Sousa

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Data: ____ / ____ / ____ Processo OLD: _____

The St George's Hospital Respiratory Questionnaire

Autor: Paul W. Jones

Este inquérito ajuda-nos a compreender até que ponto a sua dificuldade respiratória o perturba e afecta a sua vida. Usamo-lo para descobrir quais os aspectos da sua doença que maior problema lhe causam. Interessa-nos saber o que sente e não o que os médicos acham que você sente.

Leia atentamente as instruções. Esclareça as dúvidas que tiver.

Não perca demasiado tempo nas suas respostas.

Como descreve o seu estado de saúde: Muito bom ☐
Bom ☐
Moderado ☐
Mau ☐
Muito Mau ☐

Unidade de Reabilitação Respiratória

1 / 6

SERVIÇO DE
PNEUMOLOGIA I

Director: Prof. Doutor A. Bugalho de Almeida

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel. 217 805 000 - Fax. 217 805 610

www.chln.pt

IMP.031.00

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel. 217 548 000 - Fax. 217 548 215

www.chln.pt

Parte 1

Perguntas sobre os seus problemas respiratórios no último ano (últimos 3 meses)

Assinale um só quadrado para cada pergunta.

	Muitos dias na semana (5-7 dias)	Vários dias na semana (2-4 dias)	Alguns dias no mês	Só com infecções respiratórias	Nunca
1. Durante o último ano tossi	☐	☐	☐	☐	☐
2. Durante o último ano tive expectoração	☐	☐	☐	☐	☐
3. Durante o último ano tive falta de ar	☐	☐	☐	☐	☐
4. Durante o último ano tive crises de pieira	☐	☐	☐	☐	☐

5. Durante o último ano, quantas crises graves de problemas respiratórios teve:

- Mais de 3 crises ☐
- 3 crises ☐
- 2 crises ☐
- 1 crise ☐
- Nenhuma crise ☐

O que é uma crise grave para si?

Continue a assinalar um só quadrado para cada pergunta

6. Quanto tempo durou a pior das crises? (passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)

- 1 semana ou mais ☐
- 3 ou mais dias ☐
- 1 ou 2 dias ☐
- menos de 1 dia ☐

7. Durante o último ano, quantos dias bons (com problemas respiratórios ligeiros) teve, em média, por semana:

- Nenhum dia ☐
- 1 ou 2 dias ☐
- 3 ou 4 dias ☐
- Quase todos os dias ☐
- Todos os dias ☐

8. No caso de ter tido pieira, ela é pior de manhã:

- Não ☐
- Sim ☐

Parte 2

Secção 1: Assinale **um só quadrado** para descrever a sua doença respiratória

- É o meu maior problema ☐
- Causa-me muitos problemas ☐
- Causa-me alguns problemas ☐
- Não me causa nenhum problema ☐

Se estiver actualmente de baixa assinale **uma** das perguntas

- A minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar..... ☐
- A minha doença respiratória interfere com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho ☐
- A minha doença respiratória não afecta o meu trabalho..... ☐

Secção 2: Indique **todos** os quadrados relativos a actividades que actualmente lhe provocam falta de ar

- Quando estou sentado ou deitado Sim ☐ Não ☐
- A tomar banho ou a vestir-me Sim ☐ Não ☐
- A caminhar dentro de casa Sim ☐ Não ☐
- A caminhar em terreno plano Sim ☐ Não ☐
- A subir um lanço de escadas Sim ☐ Não ☐
- A subir ladeiras Sim ☐ Não ☐
- A praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico Sim ☐ Não ☐

Secção 3: Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e falta de ar. Assinale todas as perguntas que se aplicam a si **actualmente**

1. A minha tosse causa-me dor Sim ☐ Não ☐
2. A minha tosse deixa-me cansado Sim ☐ Não ☐
3. Falta-me o ar quando falo Sim ☐ Não ☐
4. Falta-me o ar quando me inclino para a frente Sim ☐ Não ☐
5. A minha tosse ou a falta de ar perturba o meu sono Sim ☐ Não ☐
6. Fico exausto com facilidade Sim ☐ Não ☐

Secção 4: Indique todos os efeitos que a doença respiratória tem sobre si

1. A minha tosse ou a falta de ar causa-me problemas em público..... Sim ☐ Não ☐
2. A minha doença respiratória é um incómodo para a minha família, amigos ou vizinhos..... Sim ☐ Não ☐
3. Tenho medo ou mesmo pânico quando não consigo respirar Sim ☐ Não ☐
4. Sinto que não controlo a minha doença respiratória..... Sim ☐ Não ☐
5. Não espero melhoras da minha doença respiratória Sim ☐ Não ☐
6. A minha doença tornou-me diminuído ou inválido (física ou mentalmente) Sim ☐ Não ☐
7. Parece-me perigoso fazer exercício Sim ☐ Não ☐
8. Tudo o que faço, me exige um esforço para além das minhas capacidades .. Sim ☐ Não ☐

Secção 5: Assinale todas as perguntas sobre a medicação para a sua doença respiratória (passe para a Secção 6 se não toma medicamentos)

- A minha medicação não me está a ajudar muito Sim ☐ Não ☐
- Embaraça-me tomar os medicamentos em público Sim ☐ Não ☐
- A medicação provoca-me efeitos secundários desagradáveis Sim ☐ Não ☐
- A minha medicação interfere muito com o meu dia-a-dia Sim ☐ Não ☐

Secção 6: As perguntas seguintes referem-se a actividades que podem ser afectadas pela sua respiração. Assinale todas as perguntas que se aplicam a si

- Levo muito tempo a lavar-me ou a vestir-me..... Sim ☐ Não ☐
- Demoro muito tempo ou sou mesmo incapaz de tomar banho ou um duche .. Sim ☐ Não ☐
- Ando mais devagar que as outras pessoas, ou então tenho de parar para descansar Sim ☐ Não ☐
- Demoro muito tempo com as tarefas como o trabalho de casa, ou então tenho de parar para descansar Sim ☐ Não ☐
- Quando subo um lanço de escadas, ou vou muito devagar, ou então tenho de parar para descansar Sim ☐ Não ☐
- Se estou apressado ou caminho mais depressa, tenho de parar ou diminuir o passo Sim ☐ Não ☐

- Por causa da minha respiração, tenho dificuldade em fazer coisas como:
subir ladeiras, carregar pesos quando subo escadas, jardinagem leve,
arrancar ervas, dançar, jogar bowling ou golfe..... Sim ☐ Não ☐
- Por causa da minha respiração, tenho dificuldade em fazer coisas como:
carregar grandes pesos, cavar o jardim ou limpar a neve, andar a
8 quilómetros/hora, jogar ténis ou nadar Sim ☐ Não ☐
- Por causa da minha respiração, tenho dificuldade em fazer coisas como:
trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar com velocidade,
ou praticar desportos de competição..... Sim ☐ Não ☐

Secção 7: As perguntas seguintes referem-se ainda a actividades que podem ser afectadas pela sua doença respiratória

Assinale todas as perguntas que se aplicam a si

- Não sou capaz de praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico... Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de sair de casa para me divertir..... Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de sair de casa para fazer compras..... Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de fazer o trabalho da casa Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de sair da cama ou da cadeira..... Sim ☐ Não ☐

Segue-se uma lista de outras actividades que provavelmente a sua doença respiratória o impede de fazer. **(Não é obrigatório responder. Pretende-se apenas lembrá-lo de actividades que podem ser afectadas pela sua falta de ar).**

- Dar passeios a pé ou passear o cão
- Fazer o trabalho doméstico ou jardinagem
- Ter relações sexuais
- Ir á igreja, ou ir a locais de diversão
- Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumo
- Visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Escreva outras actividades importantes que tenha deixado de fazer devido à sua doença respiratória

Assinale o quadrado (só um) que melhor define a forma como é afectado pela sua doença respiratória.

A minha doença respiratória...

- Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer ☐
- Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer ☐
- Impede-me de fazer muitas das coisas que eu gostaria de fazer ☐
- Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer ☐

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Formação

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular de Opção II**

**PROJETO DE FORMAÇÃO
REINTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA DA PESSOA COM HEMIPLEGIA E SUA
FAMÍLIA: QUAIS AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE
REABILITAÇÃO?**

Elaborado por:

Sandra Marisa Das Neves Joaquim Nº 4160

Regente da UC de Opção II:

Prof.º Joaquim Paulo Oliveira

ÍNDICE

0-INTRODUÇÃO	3
1-DEFINIÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA.....	6
1.1 Justificação da escolha do tema	6
1.2- Enquadramento Teórico.....	9
1.2.1- Hemiplegia e Reabilitação	10
1.2.2- Necessidades de Autocuidado da Pessoa com Hemiplegia e sua Família: Quais as Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Reintegração Comunitária?	13
2-DEFINIÇÃO DO PROBLEMA GERAL	28
2.1- Problema Geral.....	28
2.2- Problemas Parcelares	28
3-PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO	29
3.2- Planeamento das Atividades	31
3.3- Previsão de limitações e constrangimentos e estratégias de resolução.....	31
4-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
5-BIBLIOGRAFIA	35

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Guiões de Entrevista às Enfermeiras Chefes e Enfermeiras Especialistas de Reabilitação

APÊNDICE 2 - Cronograma do Estágio

APÊNDICE 3 - Planeamento de Atividades

APÊNDICE 4 - Cronograma das Atividades

0-INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, na Unidade Curricular de Opção II, foi-me proposto a elaboração de um Projeto de Formação, com o intuito de colmatar as necessidades sentidas no que respeita à formação. Deste modo como meio de construção pessoal e de orientação da minha aprendizagem pareceu-me pertinente o recurso à metodologia de projeto. Esta metodologia pressupõe que seja elaborado um projeto de aprendizagem pessoal que constituirá a linha orientadora de um processo de desenvolvimento que será operacionalizado no ensino clínico, onde será possível contextualizar os conhecimentos teóricos na prática, bem como adquirir competências em áreas específicas de intervenção sob a orientação de um perito. Neste contexto e de acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.3) a metodologia do projeto tem como objetivo principal: *"(...) centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real"* assim como *"(...) constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática"*. Esta metodologia assenta numa mudança de paradigma no âmbito da formação, que surgiu da reorganização do sistema educativo com a concretização do Processo de Bolonha. Este preconiza a mudança de um modelo passivo, baseado na transmissão de conhecimentos, para um ensino baseado no desenvolvimento de competências, na valorização e no reconhecimento da aprendizagem ao longo da vida (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007). A aprendizagem constitui, assim, um processo contínuo e permanente na procura de novas competências, para dar resposta a novos desafios, em função de um percurso profissional individual. Nesse processo está inerente uma dinâmica de transformação pessoal que tem como base um processo de autoformação que decorre em três dimensões: saber, saber-fazer e saber-ser. O formando assume aqui a responsabilidade pela sua própria aprendizagem em função das necessidades sentidas a nível pessoal, profissional e social, decorrentes da relação consigo próprio e com o meio envolvente. Por outro lado, face ao atual contexto político, económico, social e crescente desenvolvimento científico e tecnológico tem sido possível oferecer à sociedade intervenções cada vez mais especializadas que têm como finalidade atrasar os efeitos nefastos dos problemas de saúde. As intervenções têm como objetivo tratar a doença, prolongar a vida e afastar qualquer tipo de incapacidade. No entanto, quando a medicina curativa atinge os seus limites, a reabilitação surge como resposta, no sentido de preparar a pessoa para viver o melhor possível, maximizando

as capacidades de que dispõe, face a uma nova situação de saúde. A reabilitação assume aqui um domínio de intervenção extremamente vasto. Os enfermeiros especialistas de reabilitação (EER) devem desenvolver as competências transversais a todos os especialistas e específicas da sua área de intervenção, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), compreendem: *“Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição na participação para a reinserção e exercício da cidadania; e Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”*. Deste modo, ao repensar o meu processo de aprendizagem, num meio em permanente mudança, bem como as competências essenciais ao desempenho da minha profissão, compreendi que tenho que estar em contante atualização de conhecimentos no sentido de um aperfeiçoamento profissional direcionado para critérios de qualidade. Nesta linha de pensamento Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) reforçam que a metodologia de projeto surge como uma atividade intencional que pressupõe iniciativa e autonomia; autenticidade e originalidade; complexidade e incerteza; e que tem um carácter prolongado e faseado. Neste sentido, a projeção dos meus saberes e competências é orientado por uma intenção e baseia-se numa ação refletida, fundamentada e planeada de modo a que venha a atingir os objetivos delineados. Neste sentido, é de uma intenção e inquietação pessoal que surge o projeto, dando ênfase ao carácter prático da formação em enfermagem e contribuindo para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, institucionais e sociais, como futura EER, com a finalidade de implementar estratégias de intervenção com enfoque major na promoção do autocuidado e da reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família, de modo a torna-los aptos para um regresso a casa o mais independentes possível, promovendo também a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação e incutindo processos de mudança e inovação. Deste modo, o tema do meu Projeto de Formação é: *“Reintegração Comunitária da Pessoa com Hemiplegia e sua Família: Quais as Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação?”*

Esta linha de pensamento vai de encontro ao Modelo Conceptual de Enfermagem proposto por Orem (2001), que se constituirá como um referencial teórico para a minha prática junto da pessoa com hemiplegia e da sua família, o qual enfatiza a promoção do autocuidado e a educação como papéis primordiais da enfermagem.

Como objetivo geral para este projeto pretendo: aprofundar conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação na reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família, com vista a melhorar a articulação com a comunidade, garantindo a continuidade de cuidados e promovendo um regresso a casa com o máximo de

autocuidado, autonomia e independência; e como objetivos específicos: definir a área temática; elaborar o enquadramento teórico; formular o problema geral e os problemas parcelares; fundamentar a escolha dos locais de estágio; definir os objetivos de estágio; planejar as atividades de acordo com os objetivos e recursos; definir indicadores e critérios de avaliação; e prever limitações/constrangimentos e estratégias preventivas. Este projeto encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo compreende a definição da área problemática. Neste capítulo encontra-se também inserido enquadramento teórico, que engloba o recurso a diversas fontes como estratégia de pesquisa, tais como a plataforma EBSCOhost, utilizando as bases de dados científicos tais como a *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, limitando os resultados a texto completo e a data de publicação entre Maio de 2001 e Maio de 2012, tendo sido utilizados os seguintes descritores: [hemiplegia AND rehabilitation AND discharge AND community reintegration AND (nursing intervent* OR nurs* OR nursing car* OR nurse action*)]. Foi também efetuada pesquisa no google académico; teses de mestrado e doutoramento; recurso à mobilização de contributos teóricos das diferentes unidades curriculares; à minha experiência profissional e pessoal, bem como à reflexão sobre a mesma. Neste capítulo desenvolverei a temática centrando-me em 6 palavras-chave/conceitos tais como hemiplegia; reabilitação; família; autocuidado; reintegração comunitária e enfermeiro especialista de reabilitação. O segundo capítulo engloba a definição do problema geral e dos problemas parcelares. O terceiro capítulo compreende o planeamento do trabalho; a fundamentação dos locais de estágio bem como o planeamento da atividades, onde estão delineados os objetivos de estágio; atividades e recursos a utilizar, bem como os indicadores e critérios de avaliação. Neste capítulo também abordarei a previsão de limitações e constrangimentos, assim como, as estratégias com vista à sua resolução. O quarto capítulo engloba as considerações finais do projeto, onde refiro se os objetivos a que me propus foram atingidos. O quinto e último capítulo demonstra a bibliografia consultada para a elaboração do projeto. Por fim, espero ao longo destas aprendizagens, desenvolver uma atitude crítica e de reflexão, me permita a aquisição de novas competências, que sirvam de eixo orientador para dar sentido ao meu percurso pessoal e profissional, até atingir o nível de perita tal como é proposto por Benner (2005, p.54) no seu modelo de aquisição de competências aplicado à enfermagem, no qual: *"a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita, que tem enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis"*.

1-DEFINIÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA

1.1 Justificação da escolha do tema

Atualmente, com as novas tecnologias, modificações das organizações e da sua estrutura, tem-se verificado que, cada vez mais nos locais de trabalho nos são “exigidas” ou solicitadas maiores capacidades ou características para fazermos face às exigências de uma sociedade em constante e frenética mutação. Essas capacidades, que podem ser denominadas de competências não técnicas, como por exemplo as do foro pessoal e relacional, tais como a capacidade de trabalho em grupo, de tomada de decisões, de iniciativa, de liderança, entre outras, pretendem traçar um novo perfil profissional, mais dinâmico, com vista a uma enfermagem cada vez mais especializada, holística e humana.

O cuidar em enfermagem de reabilitação exige o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, constituindo uma arte cuja característica principal é articular um vasto campo de conhecimentos, com uma vertente muito prática e simultaneamente holística e humanista, tendo assim como instrumento a relação e todo o conhecimento científico, e como inspiração o cuidar. Hesbeen (2010, p.35) fala-nos no “*espírito da reabilitação*” como uma característica especial que permite a cada profissional: “(...) *mudar a visão dos fatos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem (...); um interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afeção ou às suas características*. O mesmo autor salienta que aliado ao espírito de reabilitação o profissional deve ser dotado de uma inteligência afetiva, isto é, “(...) *capacidade de se desejar, simplesmente, ser alguém preocupado em acompanhar outro alguém para tentar ajudá-lo*”.

Neste contexto, senti necessidade de aperfeiçoar as minhas competências enquanto pessoa e profissional na área da enfermagem de reabilitação, uma vez que considero que esta especialidade é privilegiada, na medida em que tem uma componente muito prática e porque se pode exercê-la em qualquer âmbito e em qualquer fase do ciclo da vida da pessoa/família. Por outro lado a escolha deste tema prende-se também com uma motivação pessoal e profissional, na medida em que desde sempre a vertente dos cuidados à pessoa com sequelas sensório-motoras me fascinou pessoalmente, até porque desempenhei funções na comunidade em cuidados continuados e estes eram o grande alvo dos nossos cuidados, uma vez que apresentavam incapacidades que limitavam bastante a realização das suas Atividades de Vida Diária (AVD's). Este aspeto associado ao facto de as doenças cerebrovasculares nos dias de hoje serem

consideradas um problema de saúde pública e consideradas como doenças crônicas incapacitantes, com bastante incidência e prevalência, muito em parte devido às sequelas de hemiplegia que decorrem das mesmas, fez com que despertasse em mim a vontade de desenvolver competências na abordagem da pessoa com hemiplegia. E também porque, apesar da hemiplegia estar fortemente associadas às doenças cerebrovasculares, mais especificamente ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), existem outras causas que devem ser contempladas, tais como as traumáticas, tumorais, Infecciosas, entre outras.

A hemiplegia representa uma das formas mais frequentes de incapacidade no adulto, modificando a sua forma de participação nas atividades sociais, profissionais e de autocuidado (LOURENÇÃO, TSUKIMOTO e BATTISTELA, 2006). Deste modo para lidar com a incapacidade na hemiplegia, geradora de grandes repercussões nas várias dimensões da pessoa, urge a necessidade do desenvolvimento de novas políticas que atravessem todos os setores de atividade da sociedade; a criação de estruturas que possibilitem o exercício dos seus direitos de cidadania; a disponibilização dos recursos necessários para uma vivência mais autónoma e responsável e a transformação de preconceitos negativos associados ao fenómeno da incapacidade, permitindo não só uma maior qualidade de vida da pessoa com incapacidade como também promovendo que seja um membro ativo da sociedade, passível de gerar valor (MENOITA *et al.*, 2012). Nesta linha de pensamentos se tivermos em conta as atuais políticas de saúde que visam altas cada vez mais precoces, percebemos que vão implicar um aumento das necessidades de cuidados no domicílio, muitas vezes sem que os familiares estejam preparados para tal, o que faz com que a reabilitação da pessoa com hemiplegia constitua desde sempre um grande desafio para a pessoa/família, bem como para os profissionais de saúde, em especial para o EER, tanto o do âmbito hospitalar como o da comunidade, que devem trabalhar em articulação. Neste contexto compete ao EER, inserido numa equipa multidisciplinar, criar um plano de reabilitação adaptado à pessoa com hemiplegia e sua família, que inclua estratégias de reintegração comunitária que os envolva, encaminhe e capacite de forma a dar resposta às suas necessidades, com vista a alcançarem o máximo de autonomia na realização das AVD'S, melhorando a sua qualidade de vida no regresso a casa (SPECHT, 2007; BOCCHI, 2004). Este plano de reabilitação deverá ter continuidade na comunidade, assumindo aqui o EER da comunidade um papel fulcral, na medida em que irá intervir diretamente no contexto de vida da pessoa e sua família. Ao ser confrontado com a doença crónica, todo o sistema familiar pode ser forte e facilmente atingido, sendo que daí advém a necessidade de um acompanhamento familiar contínuo, bem como a sua inserção nos cuidados, até porque segundo Marcon *et al.*

(2002) a família é a maior responsável pela continuidade do bem-estar físico e psíquico da pessoa, assim como pela recuperação de sequelas em âmbito domiciliar. A importância da continuidade de cuidados na comunidade é abordada em vários estudos, sendo que num estudo de Arts, Kwa e Dahmen (2008), que avaliaram a satisfação das pessoas face a um programa de cuidados pós alta, obtiveram que 71% dos participantes estavam satisfeitos com um programa de cuidados após a alta e que isso se refletia no aumento da sua capacidade para realizar as AVD's e que consequentemente apresentavam menos sintomas de depressão. Este aspeto é também corroborado por um estudo de Reis e Cobucci (2011) que ao estudarem a preparação para a alta hospitalar concluíram que nas situações em que houve uma orientação dos familiares nesse sentido, esta se revelou positiva e impactante na realização dos cuidados à pessoa no domicílio.

Por outro lado um estudo de Almborg *et al.* (2009) revelou que no que concerne ao planeamento da alta os familiares de pacientes que sofreram AVC revelaram que sentiram necessidade de mais informações e conhecimentos acerca da patologia, da medicação e das técnicas de reabilitação para apoiarem o seu familiar dependente no domicílio, assim como, referiram que sentiram necessidade de serem mais envolvidos no processo de modo a compreenderem melhor as necessidades do seu familiar no domicílio. Neste contexto pretendo desenvolver os cuidados/ensinos necessários para promover uma reintegração comunitária o mais eficaz possível, não esquecendo a perspetiva dos cuidados à família, que não pode ser negligenciada, uma vez que exerce uma importância fulcral na promoção do autocuidado da pessoa e sobretudo no seu regresso a casa. Neste sentido tenho como objetivo desenvolver este projeto de formação na área da enfermagem de reabilitação na reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia, dado o desafio que esta problemática constitui para o EER tanto a nível hospitalar como na comunidade, assim como me permitirá dar visibilidade à profissão de enfermagem bem como desenvolver as competências do 2º ciclo de Bolonha e as específicas do EER. Igualmente, este projeto de formação permitirá colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, que sempre estimularam para a investigação e reforçaram a sua importância para a disciplina e para a enfermagem, até porque através das pesquisas que efetuei verifiquei que existem poucos estudos científicos sobre a hemiplegia no âmbito da enfermagem de reabilitação, pelo que se torna fundamental apostar na investigação nesta área até porque de acordo com Horn *et al.* (2003) a hemiplegia é a principal causa de incapacidade grave na sociedade atual, logo há muito trabalho a desenvolver neste campo de intervenção do EER.

Esta temática será abordada à luz de uma teórica de enfermagem, que foi sendo trabalhada ao longo do curso, e que neste caso escolhi o Modelo Conceptual de Orem (2001), que se constituirá como um referencial teórico para direcionar a minha prática junto da pessoa com hemiplegia e da sua família, uma vez que enfatiza a promoção do autocuidado e a educação como papéis primordiais da enfermagem.

Por outro lado esta problemática permitir-me-á desenvolver conhecimentos que posso enquadrar, adaptar e aplicar no meu contexto de trabalho atual, na medida em que exerço funções num serviço de infeciologia, onde temos frequentemente casos de pessoas com hemiplegia, associada a lesões cerebrais; Lesões Ocupando Espaço (LOE); tumores; toxoplasmose cerebral e Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LEMP). Assim, com o desenvolvimento desta problemática pretendo adquirir conhecimentos e aperfeiçoar competências que possa mobilizar para o meu contexto de trabalho, assim como, introduzir intervenções que promovam mudanças para otimizar os cuidados de enfermagem, nas quais a autonomia e a responsabilidade dos enfermeiros face à reintegração comunitária e à articulação com a comunidade seja uma realidade cada vez mais presente.

1.2- Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico, segundo FORTIN (1999, p.93), tem a função de *“(...) apoio e de lógica em relação ao problema de investigação (...) situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo”*. Deste modo o enquadramento teórico tem como base uma pesquisa bibliográfica, complementada por análises e reflexões, de forma a selecionar a informação disponível, e obter uma linha lógica de pensamento, que assume um papel de extrema importância, na medida em que nos vai fornecer as linhas orientadoras para a fundamentação do problema em estudo. Neste sentido, e de acordo com a temática em estudo, pretendo dar ênfase a alguns conceitos que irei desenvolver ao longo do enquadramento teórico, nomeadamente o conceito de hemiplegia; reabilitação; autocuidado; família; reintegração comunitária e de enfermeiro de reabilitação, que serão inter-relacionados. Este enquadramento será composto por um capítulo em que abordarei a hemiplegia e as suas necessidades de reabilitação; outro capítulo aborda as necessidades de autocuidado da pessoa com hemiplegia e sua família, bem como as intervenções do enfermeiro de reabilitação na reintegração comunitária e na promoção do autocuidado da pessoa com hemiplegia e sua família. O desenvolvimento destes temas, que achei pertinentes para o problema

em estudo, vão permitir-me como futura EER, aprofundar e analisar o tema abordado, situar a problemática em estudo, assim como, desenvolver aprendizagens e consolidar saberes e formas de Ser e Estar, conferindo competências para uma melhor prestação de cuidados à pessoa com hemiplegia e sua família com vista ao um regresso a casa o mais independente possível.

1.2.1- Hemiplegia e Reabilitação

A hemiplegia é um dos deficits funcionais mais comuns decorrentes de doenças cerebrovasculares, nomeadamente do AVC, levando a disfuncionalidade do membro e a complicações secundárias como o ombro doloroso, que limita as AVD's e reduz a qualidade de vida (FREITAS, 2011). Neste sentido se analisarmos dados recentes podemos observar que, de acordo com Silva, Schoeller e Silva (2012), Sá (2009), Bejot *et al.* (2007) e Lopez *et al.* (2006), o AVC é a terceira maior causa de morte no mundo nas pessoas acima de 20 anos e que afeta indivíduos de ambos os sexos acima dos 50 anos de idade (LOTUFO, 1996). Também segundo Ropper e Samuels (2009), nas últimas duas décadas a prevalência do AVC tem vindo a aumentar, apesar da taxa de mortalidade ter diminuído para 12%. Sendo que no que diz respeito a Portugal, este surge como um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e prevendo-se um aumento nas próximas cinco décadas, superior ao dobro da população idosa atual (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2009), pelo que se prevê também um aumento da incidência das doenças crónicas nos próximos anos, incluindo o AVC, cuja prevalência aumenta exponencialmente com a idade (TRUELSEN *et al.*, 2006).

Outros estudos epidemiológicos realizados em Portugal revelaram que em 2006 havia uma incidência de AVC que variava entre 202 e 173 pessoas por 100.000 habitantes por ano, respetivamente em áreas rurais e urbanas (SÁ, 2009).

Deste modo, podemos perceber que o AVC é, sem dúvida, o maior causador de lesões no cérebro que originam a hemiplegia, constituindo-se num problema de relevância em termos de saúde pública, por constituir em Portugal primeira causa de morte e também ser a principal causa de dependência e incapacidade. Sendo este aspeto focado por Moon *et al.* (2003) que salienta que os sobreviventes de AVC ficam frequentemente com alguma incapacidade e muitos ficam dependentes de cuidadores. Todos os dados epistemológicos supracitados são importantes para percebermos que com o aumento da incidência do AVC, aumenta também significativamente as suas sequelas e nomeadamente a hemiplegia, que tem na sociedade em geral e na vida das pessoas em particular um grande impacto, nomeadamente na sua vida pessoal,

familiar, profissional e social. MARTINS (2006, p.24) refere que na hemiplegia *"a sua gravidade depende da área do cérebro afetada, da gravidade da lesão e do estado geral de saúde da pessoa"*.

No entanto uma revisão de estudos efetuada nos Estados Unidos, Inglaterra e Suécia, leva a crer que, imediatamente após a lesão é difícil prever a extensão de uma recuperação eventual, sendo que os melhores indicadores prognósticos de recuperação funcional e alta para casa, estão relacionados com as alterações funcionais iniciais e a idade dos indivíduos (ALEXANDER, 1994).

Um estudo de UMPHRED (2010) revelou que 12% das pessoas com hemiplegia, têm recuperação funcional completa do braço e 38% apresentam destreza após 6 meses do surgimento do AVC. No entanto o mesmo estudo demonstra que 58% dos pacientes hemiplégicos recuperam a independência nas AVD's, 82% aprendem a caminhar e 30% a 60% permanecem sem função no braço.

Contudo, apesar do AVC, ser a causa mais frequente de hemiplegia, qualquer doença que afete o Sistema Nervoso Central (SNC) pode causar hemiplegia (MARTINS, 2006). Deste modo são várias as possíveis causas de hemiplegia: AVC; Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE); doenças degenerativas do SNC, como a Esclerose Múltipla; doenças desmielinizantes, algumas doenças oncológicas e doenças infecciosas, assim como, os efeitos iatrogénicos de algumas intervenções neurocirúrgicas.

A hemiplegia surge assim, não como uma doença, mas como uma sequela neurológica grave, resultante do compromisso circulatório de determinada área do cérebro, com consequências a vários níveis. Neste sentido a hemiplegia pode ser definida como paralisia completa do membro superior e inferior de um dos lados do corpo (FREITAS, 2011) e quando é completa envolve também a metade da face e da língua do mesmo lado do corpo (MARTINS, 2006).

De acordo com André (2006) o comprometimento físico, é o que mais nos chama a atenção na pessoa com hemiplegia, podendo ser ao nível da tonicidade, da coordenação dos movimentos e/ou do equilíbrio. O tônus muscular na fase aguda da hemiplegia pode variar, sendo que a maior parte dos doentes apresenta flacidez que, progressiva e gradualmente, pode evoluir para diferentes graus de espasticidade (MENOITA *et al.*, 2012). Deste modo, ao fim de algum tempo, a hemiplegia conduz a deformidades corporais, na medida em que o membro superior afetado tende a girar internamente, isto porque os músculos adutores são mais fortes que os abdutores, e o cotovelo, punho e dedos tendem a fletir. Também o membro inferior afetado tende a girar externamente na articulação coxo-femural, o joelho tende a fletir, ocorrendo flexão plantar e supinação na articulação tibio-társica (MARTINS, 2006). Essas deformidades devem-se em grande parte à imobilidade forçada pela ausência de força

no hemicorpo afetado levando a adaptações secundárias dos tecidos moles, em especial dos músculos, que sendo mantidos em posição encurtada, tornam-se ainda mais espásticos, diminuindo a aptidão física e a habilidade para o desempenho das AVD's essenciais para o suprimento do autocuidado. No entanto a prevenção destas deformidades e da espasticidade pode ser efetuada através da realização de exercícios assistidos de mobilização articular ampla, repetidos várias vezes ao dia (ANDRÉ, 2006; BOBATH, 1998; JOHNSTONE, 1987).

Neste contexto é importante salientar a importância da reabilitação e do EER na otimização das potencialidades das pessoas com hemiplegia e para a sua reeducação funcional e consequente reinserção social e reintegração profissional ou escolar (HESBEEN, 2010).

Para tal, os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ser iniciados o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas, e se não existir progressão dos deficits neurológicos e se a pessoa estiver clinicamente estável (HESBEEN, 2010), de modo a evitar complicações músculo-esqueléticas secundárias, como contraturas dos tecidos moles; ombro doloroso; ou neurológicas como a espasticidade, que podem estar associadas ao atraso ou inexistência da reabilitação após a lesão (MENOITA *et al.*, 2012).

Deste modo torna-se fulcral que a implementação do plano de cuidados de reabilitação se inicie entre as quarenta e oito a setenta e duas horas após a lesão (MARTINS, 2006), contemplando os objetivos primários da reabilitação precoce da pessoa com hemiplegia, tais como a prevenção da deterioração secundária, tanto física como intelectual e emocional, e preparar a pessoa e a família para os desafios com que se vão deparar. Assim, os cuidados de enfermagem e os programas de reabilitação devem orientar-se no sentido de promoverem a máxima independência das pessoas que apresentam deficits potencialmente recuperáveis e a manutenção daqueles cujos deficits são irreversíveis. Outro aspeto importante centra-se no acompanhamento e monitorização do progresso do estado funcional da pessoa para o desempenho das AVD's, de modo a que se possa seguir a sua evolução, detetar os ganhos em saúde e se necessário efetuar possíveis correções nos planos de reabilitação

Neste sentido também Faro (2006) refere que a reabilitação deve ser precoce no que tange a prevenção de incapacidades e à promoção de saúde, salientando que tal precocidade se faz fundamental no delimitar das incapacidades, sejam elas temporárias, permanentes ou progressivas, procurando compensá-las para uma melhor independência possível. A mesma autora reforça que a reabilitação se faz junto à família e paciente, por profissionais qualificados e especializados, plenamente

integrados em equipa, usufruindo do corpo de conhecimento que é próprio desta especialidade na área de saúde.

Nesta linha de pensamento faz sentido que os enfermeiros refiram, não raras vezes, que a preparação para a alta e o regresso a casa devam começar logo a planear-se desde o momento da sua admissão na unidade de cuidados de saúde, e que as pessoas com hemiplegia e sua família devem ser consideradas como participantes ativos no seu processo de reabilitação, de modo a melhorarem o seu desempenho funcional e consequentemente o seu autocuidado.

1.2.2- Necessidades de Autocuidado da Pessoa com Hemiplegia e sua Família: Quais as Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Reintegração Comunitária?

Os constrangimentos económicos e financeiros, por um lado, e os modelos de gestão em vigor nos hospitais, por outro, fazem com que as pessoas que recorrem aos serviços de saúde hospitalares tenham alta cada vez mais precocemente, não sendo frequentemente contempladas todas as necessidades das pessoas, dos seus familiares e até dos recursos da comunidade de que dispõem.

Para dar resposta a este conjunto de necessidades, precisamos de uma nova filosofia de cuidados baseada num plano de intervenção para a reintegração comunitária, que ensine pessoas com hemiplegia a desenvolverem atividades de resposta às suas novas necessidades, bem como, contribua para a continuidade dos cuidados, bem-estar e qualidade de vida das pessoas e suas famílias.

Neste contexto é necessário a implementação de um plano de reabilitação de enfermagem que contribua para a capacitação das pessoas e suas famílias no autocuidado, sendo que um plano baseado no Modelo Conceptual de Orem com as teorias que lhe estão subjacentes e inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem, se revela uma mais-valia na preparação para a reintegração comunitária de pessoas com hemiplegia.

A Teoria do Autocuidado de Orem (2001) engloba o autocuidado; a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado consiste na prática de atividades iniciada e executada pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e bem-estar. A atividade de autocuidado constitui numa habilidade para desenvolver o autocuidado. Enquanto a exigência de autocuidado constitui a totalidade de ações de autocuidado, através do uso de métodos.

As pessoas normalmente conseguem satisfazer as suas necessidades de autocuidado essenciais para o funcionamento adequado do organismo, mas quando de algum

modo são impedidas de o fazer, ou por idade avançada, doença ou limitação funcional resultante de episódio agudo ou exacerbação de processo crónico, que constituem fatores condicionantes de autocuidado (OREM, 2001), surge assim um défice no autocuidado e torna-se necessária a assistência de enfermagem, para que essa necessidade de autocuidado possa ser satisfeita. Deste modo quando a pessoa não é capaz de prestar esse cuidado a si própria – autocuidado, então a mesma passa a necessitar de alguém que o faça por ela de uma forma segura e profissional, sendo neste âmbito que surge os cuidados de enfermagem. Orem (2001) define os cuidados de enfermagem como um conjunto de atividades que visam satisfazer as necessidades de autocuidado das pessoas ao longo do seu ciclo de vida e que permitem reforçar as suas capacidades de modo a que atinjam o máximo da sua autonomia, contribuindo para a sua saúde, bem-estar e desenvolvimento. A mesma autora refere ainda que os cuidados de enfermagem implicam um esforço criativo de um ser humano para ajudar outro, através de um processo pensado, organizado, controlado e dinâmico que produz um sistema de ações.

Neste sentido, o EER tem como missão ajudar a pessoa e família a viver com o seu estado de saúde e eventuais alterações, quando os próprios não podem fazê-lo, ajudando-os na promoção máxima do seu autocuidado e independência. Surge assim a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, que estabelece a relação existente entre as ações que a pessoa deveria desenvolver e aquelas que tem capacidade de desenvolver, determinando deste modo quando existe necessidade da intervenção do enfermeiro (OREM, 2001). A Teoria do Déficit de Autocuidado assenta no facto de que quando a pessoa se encontra incapacitada ou limitada para implementar o seu autocuidado contínuo e eficaz e quando as habilidades para cuidar são menores do que as exigidas para satisfazer uma exigência conhecida de autocuidado, os cuidados passam a ser efetuados pelos enfermeiros (FOSTER e JANSSENS, 1993).

As pessoas têm assim a capacidade de desenvolver novas habilidades, quando aparecem limitações e são necessárias novas formas de cuidados, aprendendo em relação aos cuidados que precisam em cada momento e vão adquirindo e incorporando na sua prática as destrezas necessárias para a sua aplicação. Torna-se assim imperioso que exista alguém disponível para ensinar e treinar as pessoas de modo a capacitá-las, sendo que, pelas competências adquiridas é sem dúvida o EER. Deste modo o EER é o profissional que possui conhecimentos para identificar incapacidades da pessoa para o seu autocuidado, implementando intervenções que a tornem como agente de autocuidado, capaz de desenvolver ações no sentido de satisfazer as suas necessidades e regular o seu desenvolvimento e funcionamento. Neste contexto, enquanto a pessoa não estiver apta para o desempenho dessas

ações, o enfermeiro assume por um certo período de tempo a função de agente de autocuidado.

Para satisfazer as necessidades de autocuidado da pessoa, Orem (2001) na sua Teoria dos Sistemas de Enfermagem, identificou 3 classificações de sistemas: sistema totalmente compensatório (quando a pessoa é incapaz de realizar ações de autocuidado e o enfermeiro assume a responsabilidade total na satisfação do autocuidado); sistema parcialmente compensatório (a pessoa compartilha com o enfermeiro a responsabilidade do autocuidado, no qual a pessoa é reguladora do seu autocuidado aceitando a ajuda do enfermeiro) e o sistema de suporte/educação (quando a incapacidade da pessoa para satisfazer o autocuidado apenas se deve à falta de informação, conhecimentos ou habilidades, ou seja, a pessoa consegue executar e tem recursos para o autocuidado, mas necessita do enfermeiro para apoio, orientação e ensino). Qualquer destes sistemas de cuidados a ser implementado deve considerar a pessoa como um todo e ter sempre presente os seus valores, crenças e cultura, se quiser de facto obter o máximo da sua adesão e participação no programa de reabilitação. A conceção de pessoa para Orem (2001) baseia-se na premissa de que as pessoas apreciam e utilizam as coisas em função dos fins que perseguem e, para além disso, são capazes de raciocinar, refletir, compreender e tomar decisões em seu benefício, empreendendo ações e persistindo nelas, decidindo e agindo intencionalmente.

O ambiente em que a pessoa vive é reconhecido como intimamente ligado à conceção da pessoa, em constante interação e intercâmbio com ela. Deste modo, para a reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia, o ambiente pode ser facilitador do desenvolvimento, se dispusermos de programas de reabilitação adequados com rotinas e produtos de apoio que ajudem a pessoa a fixar objetivos, que lhe permitam obter o máximo das suas potencialidade para o regresso a casa.

Neste contexto face ao autocuidado, à continuidade de cuidados, ao bem-estar e à qualidade de vida tanto da pessoa como da sua família, outro aspeto essencial do plano assistencial de enfermagem é o seu envolvimento, como papel ativo no autocuidado e na elaboração do plano individual de cuidados. Também a constante valorização da pessoa/família em todo o processo de cuidados, recorrendo-se à negociação como estratégia para desencadear auto-estima e motivação na adesão ao autocuidado, contribui para a recuperação do máximo potencial da pessoa. Deste modo o respeito pelas necessidades e capacidades da pessoa/família é determinante na aquisição de conhecimentos, habilidades e de estratégias facilitadoras, para no domicílio poderem lidar com situações de dependência total ou parcial.

Nesse sentido, a manutenção e o estímulo à autonomia, entendida como a capacidade de autodeterminação e tomada de decisão, bem como a valorização do potencial remanescente e da independência, devem ser os pilares das orientações às pessoas e familiares das pessoas com alterações funcionais.

Um dos primeiros passos na operacionalização de um plano assistencial de enfermagem deve ser avaliação das limitações e/ou habilidades da pessoa para o autocuidado, determinando a sua capacidade para se autocuidar. Por outro lado, as orientações dos EER para a reintegração comunitária devem ser baseadas também em avaliações do ambiente, dos recursos disponíveis (familiares, sociais e ambientais) e do grau de dependência para as AVD's.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EER (2010, p.3) compete ao Enfermeiro de Reabilitação "*conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade*". Estes planos visam preparar e orientar a pessoa e a sua família para o regresso a casa, assim como, pretendem promover a continuidade de cuidados, através da ponte entre o meio hospitalar e a comunidade.

Segundo Ferrinho e Gonçalves (1997) a reintegração comunitária consiste num processo que é feito através da educação, organização e reinserção da pessoa na vida social de um modo socialmente útil e individualmente relevante, assim o EER vai assim intervir junto dos diversos sistemas de interação da pessoa, na sua rede de suporte social, no contexto/meio em que se encontra inserido, bem como nos serviços e instituições envolvidos na sua recuperação, de modo a que o planeamento da reintegração comunitária seja o mais abrangente e adequado, para cada situação específica.

O EER tem assim um papel determinante no acompanhamento da pessoa com hemiplegia e da sua família, bem como na adaptação do meio às suas limitações, sendo sua função gerir todos os obstáculos existentes de forma a torná-los minimamente geradores de desvantagem, assim como maximizar todo o seu potencial para o seu bem-estar (HESBEEN, 2010). No entanto, esta missão de reabilitação da pessoa com hemiplegia só terá sucesso se for desenvolvida no contexto de uma equipa multidisciplinar, em que cada elemento dá o seu contributo em prol da melhoria da qualidade de vida da pessoa/família (PETRONILHO, 2007; JOHNSTONE, 1987). Na mesma linha de pensamento, o êxito da reabilitação da pessoa com hemiplegia está em grande parte determinado pelo envolvimento da família como parceira e alvo dos nossos cuidados, atribuindo-lhe um papel ativo na capacitação da pessoa, através da cooperação e da responsabilidade partilhada (MENOITA *et al.*, 2012).

De acordo com PETRONILHO (2007) o planeamento do regresso a casa consiste num conjunto de atividades que tem como objetivo ajudar a pessoa/família a incorporarem no seu quotidiano comportamentos adequados que lhes permitam adaptar-se e fazer face aos novos desafios de saúde.

Antes de estabelecer o programa de reabilitação é necessário fazer uma avaliação inicial, em que o EER recolhe dados da pessoa, atendendo à prioridade na recolha de informação pertinente para a situação imediata da pessoa e das suas necessidades (HOEMAN, 2011). A recolha de dados pode ser obtida, através do processo clínico, bem como através da entrevista efetuada à pessoa ou à sua família, incidindo sobre a identificação da pessoa; fatores de risco; focos de atenção e sua evolução; antecedentes pessoais e familiares; história social; hábitos de vida anteriores e condições habitacionais, qualidade de vida afetada e suas dimensões (MENOITA *et al.*, 2012; SANTIAGO e CORBETT, 2006; PINTO, 2001).

Posteriormente o EER procede ao exame neurológico que se pode dividir em quatro aspetos principais: avaliação do estado mental, avaliação dos pares cranianos, avaliação motora e cerebelar e sensibilidade, de modo a identificar as alterações decorrentes da lesão cerebral. Estas intervenções do EER vão de encontro à 1ª fase do processo de enfermagem proposto por Orem (2001), que consiste na fase de diagnóstico e prescrição, na qual se realiza a colheita de dados à pessoa e os dados recolhidos são reunidos segundo as necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa, bem como são colhidos dados referentes aos conhecimentos, habilidades, motivação e orientação da pessoa.

Após a avaliação neurológica dos pares cranianos, o EER procede ao exame da motricidade que inclui a avaliação da força e tônus muscular, bem como, a coordenação de movimentos (MENOITA *et al.*, 2012; SANTIAGO e CORBETT, 2006), de modo a compreender as características da hemiplegia e a sua interferência nas AVD's, para assim se poder passar à 2ª fase do processo de enfermagem de Orem (2001), que compreende o planeamento dos sistemas de enfermagem, bem como, o planeamento e execução das intervenções de enfermagem. O EER, tendo em conta as necessidades e limitações da pessoa, cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de suporte/educação. Segundo Orem (2001) as duas ações que envolvem o planeamento dos sistemas de enfermagem são: a realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado da pessoa; e a combinação de métodos de ajuda que sejam efetivos e eficientes na forma de compensar ou ultrapassar os deficits de autocuidado da pessoa. Deste modo, o Modelo de Orem propõe a capacitação da pessoa de modo a que esta se torne num verdadeiro agente de autocuidado.

Com vista à reintegração comunitária e para um regresso a casa com promoção do autocuidado, o EER tem assim que detetar as necessidades de autocuidado alteradas e efetuar ensinamentos e treino de AVD's que sejam ajustados ao contexto onde a pessoa irá viver, inserida numa família. No treino das AVD's, o EER deve ter presente as competências que permitem promover na pessoa com hemiplegia a máxima independência, prevenir complicações e promover segurança no desempenho da satisfação das necessidades de autocuidado. É importante a permanente identificação do potencial, capacidades, preferências, estilos de vida e a participação da pessoa. Deste modo a planificação será mais rigorosa conduzindo a uma melhor intervenção e obtenção de melhores resultados e mais realistas (HOEMAN, 2011).

Convém, assim, identificar e definir as necessidades de autocuidado nas quais as pessoas com hemiplegia podem necessitar da assistência do EER, podendo esta ser total, parcial ou apenas de apoio, educação e suporte.

Necessidade de Autocuidado: Higiene Pessoal

O deficit de autocuidado relacionado com os cuidados de higiene pessoal consiste no estado em que a pessoa apresenta a sua capacidade prejudicada para realizar ou completar as atividades relacionada com os cuidados de higiene pessoal, por si próprio e a si próprio (OREM, 2001).

Martins (2002, p.76) refere que a *“incapacidade na higiene pessoal diz respeito aos cuidados ao corpo. Resulta da dificuldade que estes doentes têm de se deslocar às instalações sanitárias, de se servirem dos instrumentos aí existentes, de tomarem banho na banheira ou no duche ou mesmo de lavarem partes do corpo”*.

Deste modo, torna-se necessária uma avaliação cuidadosa do grau de dependência da pessoa e da sua situação de saúde, por parte do EER, de modo a determinar o tipo de ajuda de que necessita, assim como, o local onde devem ser realizados os cuidados de higiene (leito, banheira, duche), de modo a que não se corra o risco de não se estar a contribuir para a independência da pessoa.

O tomar banho, pentear-se ou escovar os dentes, de preferência utilizando os seus objetos pessoais, são atividades que se podem realizar apenas com o recurso a um braço, estimulando-se a pessoa a ser capaz de executar o autocuidado. No entanto, quando a pessoa não têm ainda capacidade para o autocuidado de higiene pessoal, o EER permiti que realize simples gestos, como por exemplo, lavar os genitais ou pentear o cabelo, de modo a que se sinta menos dependente, aumentando assim a sua motivação, auto-estima e autonomia.

Se o banho for na banheira, este requer um banco com encosto ou cadeira, com calços de borracha, que permitam maior aderência e o aumento da estabilidade; um tapete antiderrapante no fundo da banheira; barras de apoio que minimizem os problemas de equilíbrio; e a presença de mangueira de chuveiro flexível (LEAL, 2001). De acordo com Menoita *et al.* (2012) o EER não se pode esquecer de ensinar a pessoa com hemiplegia a verificar a temperatura da água, devido às alterações de sensibilidade térmica no hemicorpo afetado. Ainda segundo a mesma autora (2012, p.120) temos que ensinar à pessoa que “(...) *tem de entrar para a banheira pelo lado do hemicorpo menos afetado (...) e na saída da banheira (...) a pessoa coloca primeiro o membro inferior afetado para fora*”.

As alterações de equilíbrio nas pessoas com hemiplegia têm que ser consideradas pois podem levar a que necessitem de ajuda parcial ou quase total para a realização dos cuidados de higiene. Deste modo, podemos referir que esta atividade de autocuidado é das que mais exige a intervenção do EER.

Durante os cuidados de higiene é importante perceber se a pessoa negligencia o lado hemiplégico do corpo, caso isso ocorra, temos que ajudá-la na integração progressiva desse lado nas atividades, nomeadamente incentivando-a a usar o lado afetado para lavar o hemicorpo menos afetado, o que só será possível se a pessoa tiver alguma força muscular no lado afetado. No entanto, a utilização de um espelho na execução destas atividades contribui para a integração do seu esquema corporal e permite efetuar correções posturais. Ao efetuar os cuidados de higiene à pessoa com hemiplegia, é importante solicitar sempre a sua participação, não nos esquecendo da importância de serem dados reforços positivos, responsabilizando-a progressivamente pelo seu autocuidado, permitindo uma adaptação gradual às suas limitações, encorajando-a a executar todas as atividades em que possa utilizar as partes do corpo não afetadas pela hemiplegia. Neste contexto os cuidados de higiene devem ser mantidos com periodicidade, respeitando os hábitos e preferências da pessoa, assim como a sua privacidade, com o objetivo de manter a sua dignidade e evitando que se sinta diminuída ou com baixa auto-estima.

Necessidade de Autocuidado: Vestir e Despir

A dificuldade das pessoas com hemiplegia para a atividade de vestir e despir é muito frequente, sendo muitas mesmo impotentes para o fazer. Ensinar e treinar as pessoas com hemiplegia e sua família relativamente ao autocuidado de vestir e despir é de extrema importância para a sua independência (MARTINS, 2002).

O treino do vestuário na pessoa com hemiplegia vai depender dos compromissos motores e/ou sensitivos e das suas capacidades cognitivas. Inicialmente na reabilitação desta atividade, por questões de segurança, deve começar-se a exercitá-la com a pessoa deitada e posteriormente sentada, com os pés bem apoiados no chão (LEAL, 2001).

Segundo Menoita *et al.* (2012, p.124) é importante ter presente que “o *hemicorpo afetado é o primeiro a vestir e o último a despir*”. Deste modo, o vestuário deve ser simples e funcional, adaptado a cada caso e às suas dificuldades e privilegiando o uso de roupas largas, de fácil deslizamento e maior elasticidade, com elásticos, velcros ou fechos, sendo que se as roupas tiverem botões, estes têm que ser grandes e as casas alargadas, de modo a permitir boa mobilidade e a facilitar a independência da pessoa no recurso à casa de banho (MENOITA *et al.*, 2012; LEAL, 2001).

Deve solicitar-se sempre a participação da pessoa na escolha do vestuário, de modo a que mantenha a sua dignidade através da manutenção da sua capacidade de decisão, valorizando ao mesmo tempo os seus hábitos e preferências.

Necessidade de Autocuidado: Mobilidade - Transferências e Marcha

Ajudar a pessoa com hemiplegia na transferência da cama para cadeira e desta para a cama ou para a sanita, podem ser dos maiores passos para a sua independência, no entanto necessitam de ensino e treino específico da pessoa/família envolvidas no plano de reabilitação. Esta atividade, no início, é passiva assistida, mas à medida que a pessoa vai aprendendo a rolar para o lado afetado ou a apoiar-se sobre o cotovelo desse mesmo lado, ela vai ganhando capacidade para se erguer, até conseguir, sentar-se na beira da cama, com os pés descalços apoiados no chão, de modo a estimular a proprioceptividade da planta dos pés (MENOITA *et al.*, 2012; LEAL, 2001). Ao ensinar a pessoa a transferir-se, os movimentos devem ser executados de forma calma e adequada, de modo a proporcionar segurança e confiança no decorrer da atividade e ao mesmo tempo minorar o risco de queda por desequilíbrio. Frequentemente o hemicorpo afetado pode ficar negligenciado, pela ausência cognitiva da posição que o mesmo ocupa no espaço, deste modo, torna-se necessário, lembrar à pessoa ao longo do dia que passe períodos com o membro apoiado de diferentes formas em alguma superfície, inclusive na cadeira de rodas com apoio de braço, de modo a minorar o agravamento do quadro doloroso. Neste contexto devemos iniciar a transferência da pessoa com hemiplegia para cadeira de rodas, assim que possível, recorrendo ao uso de mesa de trabalho transparente, pois facilita a integração do hemicorpo lesado no esquema mental. A mesa deve ser ajustada a

nível do abdômen, para proporcionar apoio ao braço e ombro afetados, tendo presente que no levantar e transferências a pessoa deve sair da cama pelo lado hemiplégico e entrar pelo lado menos afetado.

À medida que a pessoa com hemiplegia vai evoluindo na sua recuperação, introduzimos exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, de modo a preparar para a marcha, não esquecendo que relativamente ao treino do equilíbrio dinâmico só o podemos iniciar quando a pessoa adquirir equilíbrio estático sentado (MENOITA *et al.*, 2012). Posteriormente, iniciamos o treino de marcha utilizando os dispositivos auxiliares de marcha consoante as necessidades da pessoa (tripé, canadiana e bengala), verificando qual o que mais se ajusta a cada pessoa, incentivando-a a adotar uma postura corporal correta, favorecendo o tônus muscular e promovendo a sua independência a nível da locomoção e segurança. Para o treino de marcha temos que ter presente que pode ser necessário efetuar adaptações ao ambiente, de modo a minimizar ou eliminar as barreiras arquitetónicas.

De acordo com Menoita *et al.* (2012), o EER para compreender as alterações na mobilidade da pessoa deve avaliar a força muscular bilateralmente, em todos os movimentos dos vários segmentos corporais.

A espasticidade surge frequentemente na pessoa com hemiplegia, sendo que as intervenções do EER têm como objetivo contrariar a sua instalação e permanência. Na hemiplegia associada ao AVC é comum surgir o padrão espástico, que se caracteriza por um aumento do tônus nos músculos antigravíticos do hemicorpo afetado, nomeadamente nos flexores do membro superior e nos extensores do membro inferior (MENOITA *et al.*, 2012).

Tendo em conta a existência de um compromisso da mobilidade física relacionado com a hemiplegia, um programa de reabilitação tem como objetivos a diminuição das complicações decorrentes da imobilidade, bem como a recuperação de uma função motora que torne a pessoa o mais independente possível para o regresso a casa. Assim as intervenções do EER devem estar direcionadas para os objetivos da enfermagem de reabilitação motora na pessoa com hemiplegia que são: evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade; estimular a sensibilidade; treinar o equilíbrio; reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado (MENOITA *et al.*, 2012). Para atingir estes objetivos o EER deve colocar em prática intervenções tais como a alternância de decúbitos, posicionando a pessoa em padrão anti-espástico, dando especial atenção ao lado hemiplégico de modo a evitar contraturas e a contrariar as posições viciosas. Deste modo os posicionamentos em padrão anti-espástico constituem o primeiro passo na recuperação da pessoa e devem ser utilizados até à recuperação total (MARTINS, 2002).

Nos posicionamentos em padrão anti-espástico os decúbitos preconizados são o dorsal, o lateral para o lado afetado e para o lado sã, sendo que o decúbito dorsal é o que mais favorece a espasticidade e deve ser evitado também para que não haja risco de aspiração de vômito numa fase inicial. O decúbito lateral é o preferencial porque não agrava o padrão espástico (MENOITA *et al.*, 2012).

Para além dos posicionamentos, a reabilitação da pessoa com hemiplegia deve contemplar um programa de exercícios de mobilização para todas as articulações, adequado às limitações da pessoa, sendo que inicialmente são efetuados exercícios de mobilização passivos, posteriormente ativos do lado menos afetado e ativos assistidos do lado afetado. Isto porque de acordo com Johnstone (1987) as mobilizações na pessoa com hemiplegia são bastante importantes, pois permitem readquirir o esquema corporal; exercitar mecanismos de reflexo postural; estimular a sensibilidade propriocetiva; melhorar o equilíbrio; inibir a espasticidade; facilitar as atividades de vida na cama e preparar a pessoa para a posição de sentada e ortostática. Por outro lado, um programa de mobilizações visa também manter a integridade das estruturas articulares; a amplitude dos movimentos; conservar a flexibilidade; evitar aderências e contraturas; melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psicossensorial e psicomotora da pessoa.

No decorrer do processo o EER não se pode esquecer do lado não afetado, que deve ser igualmente mobilizado para não vir a desenvolver problemas osteo-articulares e musculares (LEAL, 2001).

O EER tem também ao seu dispor várias atividades terapêuticas, tais como o rolar; a automobilização dos membros superiores e a carga no cotovelo, que ajuda a preparar a pessoa para a posição de sentada. Por outro lado a rotação controlada da coxo-femural é importante para o controlo precoce da mesma, preparando a pessoa com hemiplegia para o levante (MENOITA *et al.*, 2012). Pode também ser realizada a facilitação cruzada, que consiste na técnica em que a pessoa trabalha sobre o lado não afetado do corpo, através da linha média, de forma a se iniciem as atividades de recuperação bilateral (JOHNSTONE, 1987). Existem também outras atividades que também trazem benefícios para a reabilitação da pessoa com hemiplegia, nomeadamente exercícios terapêuticos com bola suíça e o da indução de restrições.

Com o objetivo de prevenir quedas no domicílio relacionadas com a hemiplegia, a abordagem do EER junto da pessoa/família passa por: ajudar à consciencialização das limitações existentes, reforçados sempre os ensinamentos sobre levante e transferências, bem como a deambulação com dispositivos auxiliares da marcha; explicar o risco que as escadas constituem, ensinando como subir e descer as mesmas (o membro não afetado é sempre o primeiro a subir e o último a descer);

ensinar acerca da adaptação às barreiras arquitetônicas e obstáculos que possam surgir (mobiliário, tapetes, pisos escorregadios, acessos), bem como incentivar para o uso de vestuário que não limite os movimentos e o uso de calçado com sola antiderrapante.

Necessidade de Autocuidado: Alimentação (comer e beber)

A atividade de autocuidado comer e beber consiste numa das necessidades básicas de vida prioritária para a normal manutenção do funcionamento orgânico, que quando a pessoa, por diferentes razões, não é capaz de assegurar por si própria, surge a necessidade de intervenção da enfermagem.

Para Martins (2002) a incapacidade da pessoa para se alimentar está muitas vezes relacionada com a dificuldade em levar os alimentos à boca; com a consistência dos alimentos e com as capacidades de beber, comer, mastigar e engolir.

Frequentemente as pessoas têm necessidade de reaprender a alimentar-se pela própria mão e isso requer tempo. Não podemos substituir as pessoas na alimentação mas devemos ajudá-las a encontrar estratégias que, tendo em conta o deficit existente, lhes permitam serem capazes de partir os alimentos em porções adequadas, de modo a poderem ser ingeridos com facilidade e sem riscos.

Relativamente ao treino da alimentação pode revelar-se fundamental ensinar a pessoa a alimentar-se usando a mão menos afetada numa fase inicial e posteriormente com a mão afetada, de modo a reduzir a desmotivação. Contudo, antes de ensinarmos a pessoa a comer pela própria mão é importante avaliar a força dos membros, a preensão para segurar os talheres, os movimentos involuntários, as dificuldades em cortar os alimentos e a acuidade visual (MENOITA *et al.* 2012).

De acordo com Martins (2006) e Leal (2001) outro dos problemas da pessoa com hemiplegia é a disfagia, dificuldade em engolir, o que pode levar à aspiração da saliva, de líquidos ou de comida, sendo comuns complicações associadas tais como: pneumonia de aspiração, desidratação e desnutrição. A avaliação e a implementação de medidas precoces são importantes para prevenir estas complicações.

A pessoa deve ser estimulada a alimentar-se pela sua mão e colocar os alimentos na boca no lado não afetado, devendo ser criadas condições para que a pessoa se concentre na coordenação do mastigar, respirar e deglutir, incentivando-a a deglutir várias vezes, de forma a permitir uma deglutição completa.

Ajudar a pessoa nesta atividade de autocuidado implica respeitar o seu ritmo e estimular a sua participação de acordo com as suas necessidades, recorrendo a utensílios adaptados a cada caso, de acordo com as limitações de cada pessoa. Isto

implica a avaliação da deglutição frequentemente, pois pode haver tolerância a líquidos ou não; mantendo sempre a preocupação com a hidratação, que por vezes o estado cognitivo da pessoa tem tendência a negligenciar. O treino dos músculos faciais (mastigar, simular beber por palhinha, assobiar e soprar) é fulcral no caso da pessoa com hemiplegia da face, pelo que a colocação dos dedos na face fazendo movimentos circulares durante a alimentação pode ajudar na progressão dos alimentos na mastigação (PINTO, 2001).

O recurso a produtos de apoio pode ser facilitado na consecução deste autocuidado e passam pelo colocar material antiderrapante por debaixo do prato, para que este não deslize; usar chávenas e copos de configuração especial, que permitam ajuste adequado, de modo a facilitar a ingestão de líquidos ou semi-líquidos sem que a pessoa tenha de inclinar a cabeça; usar talheres adaptados, que facilitem a preensão (cabos engrossados), corte e ingestão dos alimentos; usar pratos côncavos ou com proteção lateral (rebordo do prato), permitindo à pessoa conseguir encher a colher sem os alimentos caírem do prato (MENOITA *et al.*, 2012; HOEMAN, 2011).

É importante salientar que em reabilitação preconiza-se dar tempo às pessoas para a alimentação, para que elas vão tentando, ensinando-as a encontrar estratégias que permitam ultrapassar o deficit presente.

Necessidade de Autocuidado: Eliminação Vesical e Intestinal

A incontinência urinária está muitas vezes presente nas pessoas com hemiplegia, apesar de normalmente ser passageira. Frequentemente este problema está associado com deficiências sensoriais e motoras; dificuldades na comunicação; diminuição da mobilidade geral; défices cognitivos e incapacidade em reconhecer a necessidade de micção ou dejeção; ou ainda por inadequação das instalações sanitárias (MENOITA *et al.*, 2012; MARTINS, 2002; LEAL, 2001).

Segundo Branco (2009) a incontinência urinária tem um grande impacto na qualidade de vida das pessoas, na medida em que altera o seu quotidiano, não só no que se refere às AVD's, mas também na sua vida profissional e pessoal, sendo uma condição constrangedora pela marginalização do convívio social e frustrações psicossociais.

Torna-se assim importante aliviar a apreensão e ansiedade inerente ao comprometimento desta atividade, de modo a que a pessoa se sinta à vontade e confiante para comunicar e solicitar ajuda para que lhe seja colocado o urinol ou arrastadeira ou mesmo para a transferência para a casa de banho. Deste modo é importante que os enfermeiros estejam sensíveis para a problemática e possam agir

com a rapidez e destreza necessárias, de modo a que a pessoa seja capaz de se esforçar por esperar pela ajuda, pois sabe que ela vai ocorrer em tempo útil.

Na fase aguda a pessoa com hemiplegia apresenta habitualmente uma bexiga neurogénica desinibida, que se caracteriza por ausência do controlo voluntário da micção associada a urgência urinária, polaquiúria e nócturia. Nestes casos a enfermagem de reabilitação tem uma função importante no tratamento da eliminação vesical (HOEMAN, 2011), que passa por uma reeducação vesical (LEAL, 2001) baseada numa terapia comportamental (BRANCO, 2009); pelo fortalecimento da musculatura pélvica através dos exercícios de Kegel (HOEMN, 2011) e por vezes com recurso a dispositivos de apoio, como por exemplo os cones vaginais e o clamp peniano (MENOITA *et al.*, 2012).

Relativamente às alterações na função intestinal, surge a obstipação como a mais frequente, associada à imobilidade, podendo a pessoa apresentar também incontinência fecal decorrente de um intestino neurogénico desinibido, no qual a sensibilidade e os reflexos estão mantidos, mas o controlo voluntário do esfíncter anal está diminuído, dando a sensação de urgência no ato de defecar (QUEIRÓS, CARDOSO E MARGATO, 2002). Para controlar a eliminação intestinal deve-se proceder a uma avaliação criteriosa, tendo em conta os hábitos e padrões intestinais da pessoa; à implementação de uma dieta personalizada e à promoção de atividade física, tendo em conta as capacidades da pessoa. Neste contexto, no que diz respeito à eliminação vesical e intestinal o EER vai instruir a pessoa a readquirir novos hábitos, atendendo às suas limitações atuais, reforçando ensinamentos de prevenção do risco de obstipação, através da promoção de uma dieta rica em fibras e de um plano de ingestão de líquidos adequada; definindo horários para as micções e dejeções; ensinando estratégias para melhoria do padrão intestinal, tais como massagem abdominal na direção do fluxo intestinal, estimulação digital se necessário, promovemos o uso de laxantes e supositórios prescritos e monitorização da sua eficácia (MENOITA *et al.*, 2012; HOEMAN, 2011; QUEIRÓS, CARDOSO E MARGATO, 2002).

As intervenções do EER para além de serem centradas na satisfação das necessidades de autocuidado e no treino de AVD'S supracitados, também são focadas nos ensinamentos para prevenção de riscos, como por exemplo, o risco de alteração da integridade cutânea, tanto por úlceras de pressão como por queimaduras, relacionados com a hemiplegia e diminuição da sensibilidade. Deste modo são fulcrais ensinamentos do EER no sentido de alertar a pessoa para os riscos da não alternância de decúbitos, bem como para os perigos das alterações da sensibilidade tátil, térmica e

dolorosa. Concomitantemente, o EER deve promover a vigilância da integridade cutânea para prevenir alterações, assim como, promover sempre a segurança do hemicorpo afetado em todos os procedimentos (cuidados de higiene/ posicionamentos/ levantar/ transferências); alertar para a importância de uma nutrição e hidratação adequada, recorrendo a suplementos proteicos/energéticos, se necessário; e incentivar ao uso de substâncias que mantenham a pele hidratada e com um bom grau de elasticidade (MENOITA *et al.*, 2012). Alertar para evitar a exposição a fontes de calor ou de frio extremo (aquecedores/lareiras) é também relevante. O EER durante as suas intervenções deverá incentivar sempre a participação da pessoa; dispensar o tempo necessário para a realização de cada atividade, explicando todos os procedimentos de forma clara, calma e pausada e certificando-se de que percebeu o que lhe estava a ser transmitido, assim como, deverá encorajar as suas conquistas, dando-lhe sempre reforços positivos e valorizando os seus sucessos. Neste sentido o EER assenta a sua intervenção no desenvolvimento de uma relação de ajuda, através de demonstração de disponibilidade, de uma escuta ativa, encorajando a pessoa/família a verbalizarem as suas preocupações/receios; mostrando disponibilidade e valorizando as suas preocupações (MENOITA *et al.*, 2012; HOEMAN, 2011; HESBEEN, 2010).

Como já foi referido, o planeamento da reintegração comunitária deve ser realizado em conjunto com os recursos da comunidade, de modo a assegurar que a pessoa tenha apoio domiciliário, por exemplo, na higiene e alimentação, enquanto não houver uma total recuperação da sua autonomia. Deste modo é indispensável a articulação com o EER da Comunidade, de modo a assegurar continuidade de cuidados do programa iniciado a nível hospitalar (MCGGINNES *et al.*, 2010), sendo ideal o agendar de visitas domiciliárias conjuntas à casa da pessoa com o intuito de adequar ensinamentos; fazer o reconhecimento das suas condições habitacionais e proceder às modificações na mesma de forma a facilitar-lhe o processo de autonomização da pessoa.

Um estudo de BURTON e GIBBON (2005) também revelou que a continuidade de cuidados e uma intervenção baseada na educação e suporte pós alta hospitalar trouxe benefícios para a pessoa/família no seu regresso a casa.

A articulação com outros profissionais é essencial, nomeadamente com a assistente social da comunidade onde esta pessoa está inserida, com vista a assegurar os apoios necessários tendo em conta os recursos sócio-económicos da pessoa/família.

É igualmente importante apostar na promoção de saúde incentivando a pessoa a adotar hábitos de vida saudáveis, através de uma alimentação equilibrada e da realização de exercício físico regular, adequado às necessidades/limitações/preferências da pessoa.

De acordo com Oliveira (2000) uma situação que contribui para o atraso da recuperação da pessoa com hemiplegia é a depressão associada muitas vezes a quadros de ansiedade, assim o EER deve ensinar à pessoa/família estratégias de *coping* para diminuir os seus fatores de ansiedade, como por exemplo recorrendo a técnicas de relaxamento/musicoterapia, assim como, deve encorajar a pessoa para retomar atividades de lazer ou mesmo atividades de expressão da sua religião/espiritualidade. O EER deve também estar atento às preocupações da pessoa/família relativamente às alterações na sexualidade decorrentes da nova condição, de modo a direcionar os ensinamentos no sentido do esclarecimento de dúvidas, preocupações e receios, até porque segundo Cardoso (2004) a reabilitação sexual deve fazer parte da promoção da readaptação global da pessoa, sendo que a negligência desta área configura, muitas vezes por omissão, uma má prática. Deste modo, podemos dizer que a intervenção do EER pode desenvolver a sua intervenção em todas as dimensões da pessoa, física, psíquica e emocional, social e espiritual, de modo a contribuir para a qualidade de vida e bem-estar da pessoa (MENOITA *et al.*, 2012). A implementação das intervenções do EER assenta na 3ª fase do processo de enfermagem de Orem (2001), que inclui a execução dos sistemas de enfermagem, onde o enfermeiro presta auxílio à pessoa/família no que se refere ao autocuidado e onde avalia a sua evolução, no sentido de detetar quaisquer modificações nos dados que afetariam o deficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem. Essas intervenções do EER devem orientar-se pelas preferências da pessoa e ter em conta que pode ser incapaz de desempenhar atividades de autocuidado por limitações resultantes de compromissos motor, sensorial ou da função cognitiva, o que significa que cada plano deve ser individualizado. Neste contexto compreendemos que uma situação de dependência requer uma readaptação que passa pela aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades para lidar com os problemas surgidos, que afetam o autocuidado da pessoa com hemiplegia. Neste sentido, o EER tem uma função importante na transferência dos conhecimentos necessários para promover a readaptação funcional da pessoa dependente e capacitá-la para o autocuidado.

2-DEFENIÇÃO DO PROBLEMA GERAL

Após a definição da área temática e com a realização do enquadramento teórico surge a necessidade de se definir o problema geral deste projeto, bem como os problemas parcelares, sendo que estes decorrem do geral e podem surgir em forma de questões que lhe darão resposta.

2.1- Problema Geral

Através da revisão da literatura efetuada e com a definição da área temática deste projeto surgiu-me como problema geral: A reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família.

Posteriormente foram construídos os Problemas Parcelares que serão apresentados de seguida.

2.2- Problemas Parcelares

Para dar resposta ao problema geral da reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família, foram definidos os problemas parcelares em forma de questão:

- Qual a importância da reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família?
- Como se processa a reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família?
- Quais as necessidades de autocuidado da pessoa com hemiplegia e sua família para a reintegração comunitária?
- Quais as intervenções do EER na reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família?
- Qual a função da família na reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia?
- Qual a função do EER do hospital na reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família?
- Qual a função do EER da comunidade na reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família?
- Qual a importância da articulação com a comunidade na reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família?

3-PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO

Neste capítulo da preparação e planeamento do trabalho podemos encontrar: a fundamentação da escolha dos locais de estágio, onde faço referência aos locais onde decorrerá o meu ensino clínico, bem como a sua importância para atingir os objetivos a que me proponho; o planeamento das atividades que realizarei ao longo dos ensinos clínicos, assim como, a previsão de limitações e constrangimentos e estratégias de resolução.

3.1- Fundamentação da escolha dos locais de estágio

A escolha dos locais de estágio para a aplicação deste projeto de formação teve em conta alguns aspetos fundamentais tais como: os critérios definidos pela escola; as minhas aspirações pessoais; a realidade/necessidades dos locais de estágio, bem como a disponibilidade dos mesmos para me receberem em ensino clínico.

O ensino clínico maior, de cerca de 11 semanas, decorrerá no Serviço de Neurocirurgia Piso 8 do CHLN – Hospital de Santa Maria, onde aplicarei grande parte deste projeto. A escolha deste local de estágio prendeu-se com o fato de, com a aplicação dos Guiões de Entrevista à Enfermeira Chefe e à EER (Apêndice 1), ter percebido que ambas as EER e que estão bastante sensibilizadas para a problemática, que pretendo desenvolver, da reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família, até porque referem ser lacuna do serviço o fato de não ter nenhum programa implementado nesse sentido, onde segundo a Enf.^a Chefe há ainda muito terreno para desbravar, no sentido de preparar a pessoa/família para o regresso a casa e no sentido da articulação com a comunidade. Outro aspeto que considere relevante para a minha escolha deste campo de estágio está relacionado com o serviço valorizar a importância da pessoa/família e do seu envolvimento nos cuidados, preocupando-se em realizar ensinos que sejam adaptados às necessidades de cada pessoa e aos seus contextos de vida, assim como, está atento às suas preocupações/receios que se prendem frequentemente com a adaptação à sua nova condição física e à reestruturação dos papéis sociais e familiares; saber quais os apoios de que dispõem; receios relativos às condições do meio; e preocupação em saber se vão recuperar as suas funções. A família preocupa-se principalmente em saber se vai conseguir lidar com esta nova situação de dependência no seio familiar.

Por outro lado, este campo de estágio preenche igualmente os critérios definidos pela escola, na medida em que tem EER que desempenha funções como especialista a prestar cuidados diretos, apenas substituindo a Enf.^a Chefe na sua ausência, e que

apenas fica com doentes atribuídos quando o serviço assim o exige, nos momentos em que se encontra sobrelotado. Deste modo, por norma a EER direciona os seus cuidados para os doentes que necessitam de intervenções de reabilitação, articulando-se com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Outro ponto importante é o fato de o serviço ter demonstrado disponibilidade para me receber no tempo que determinei para a realização do ensino clínico.

As patologias mais frequentes deste serviço são: Hematomas Cerebrais: Occipital e Epicranianos; Lesões Ocupando Espaço (LOE's); Hemorragias Sub-Aracnóideas e Sub-Durais; Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE's); Aneurismas; Gliomas; Neuronoma; Metástases Cerebrais; Hérnias Discas Lombares, sendo que as sequelas são as mais variadas a nível neuro-motor e sensitivo, tais como hemiplegias; hemiparésias; afasias; disfagias; hipostesias. Neste contexto penso que surgirá várias oportunidades de abordar os cuidados à pessoa com hemiplegia e sua família, e assim intervir e adaptar estratégias que deem resposta às suas necessidades, que segundo a Enf.^a Chefe se prendem sobretudo com a falta de informação/desconhecimento das patologias; necessidades inerentes ao como lidar com as sequelas decorrentes da patologia, sobretudo no regresso a casa e na sua reinserção na comunidade.

Neste sentido, relativamente às minhas aspirações pessoais sinto que este será um bom local para desenvolver as minhas competências como EER; para a aplicação deste projeto de formação; e para transpor as aprendizagens adquiridas para o meu contexto de trabalho, na medida em que no meu local de trabalho, serviço de infeciologia, também lido diariamente com a hemiplegia, sequela de patologias de causa infecciosa, tais como a toxoplasmose cerebral ou a Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva, entre outras.

O ensino clínico menor, cerca de 6 semanas, será realizado no Serviço de Pneumologia Piso 9 do CHLN – Hospital de Santa Maria, onde aprofundarei os cuidados de reabilitação à pessoa com patologia respiratória. A escolha deste local de estágio prendeu-se com o fato de ser um serviço que tem EER na prestação direta de cuidados e no qual posso encontrar as mais variadas patologias do foro respiratório, que necessitam de cuidados de reabilitação, tais como pneumonias; infeções respiratórias; DPOC agudizada; derrames pleurais e pneumotórax. Neste campo de estágio pretendo igualmente adquirir competências e aprendizagens que serão uma mais-valia para aplicar no meu contexto de trabalho, na medida em que no serviço de infeciologia onde trabalho também são frequentes patologias do foro respiratório, nomeadamente as pneumonias; as pneumocistoses; infeções respiratórias e derrames pleurais, que necessitam de reeducação funcional respiratória. Por outro lado, a escolha deste local também se deve ao fato de, com a aplicação dos Guiões de

Entrevista à EER (Apêndice 1), ter verificado que estavam ambas disponíveis e motivadas para me acolher e também porque se trata de um serviço de internamento, que é a minha área de intervenção de eleição, na medida em que na minha opinião se consegue efetuar um acompanhamento desde a admissão/acolhimento da pessoa/família até ao seu regresso a casa. Deste modo, neste local de estágio também pretendo dar ênfase à minha intervenção na preparação para a reintegração comunitária da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, bem como contribuir para uma melhor articulação com a comunidade, com vista a uma continuidade de cuidados que promova qualidade de vida.

3.2- Planeamento das Atividades

O planeamento é a terceira fase do ciclo de vida do projeto, no qual é elaborado um plano detalhado do mesmo, com a definição e calendarização das atividades a desenvolver; os recursos humanos, materiais e físicos necessários; e os indicadores e critérios de avaliação, sendo de salientar que a determinação das atividades, recursos e estratégias a realizar têm que coadunar diretamente com os objetivos previamente alicerçados (MIGUEL, 2006). Relativamente ao planeamento das atividades que efetuei neste projeto de formação considero importante referir que estas representam um variado leque de possibilidades de intervenção, nas quais o EER tem funções e competências que poderão proporcionar contributos fundamentais para o avanço da prática em enfermagem. O planeamento da atividades deste projeto pode ser consultado em anexo no Apêndice nº 3.

Todo o planeamento tem de decorrer ao longo do tempo e para isso deve existir uma representação gráfica ou esquemática desse mesmo período, assim, nesta fase da planificação é também elaborado o Cronograma de Atividades do Projeto, que pode ser observado em anexo no Apêndice nº 4. Neste cronograma de atividades encontra-se a calendarização das atividades através da determinação das datas de início e fim dos objetivos propostos (MIGUEL, 2006; HUNGLER *et al.* 2001).

3.3- Previsão de limitações e constrangimentos e estratégias de resolução

Durante a elaboração deste projeto de formação como principal limitação/constrangimento detetei o facto de na realização da revisão de literatura ter encontrado um grande número de artigos científicos que associam a hemiplegia ao AVC, ou seja, às causas cerebrovasculares, encontrando poucos que abordam as outras causas possíveis de hemiplegia, nomeadamente as causas traumáticas; tumorais e infecciosas. Deste modo, como estratégia de resolução, optei por fazer a

pesquisa bibliográfica por patologia, cruzando as várias patologias com a hemiplegia, de modo a compreender qual o impacto da hemiplegia nas várias patologias.

Como previsão de limitações e constrangimentos durante o ensino clínico posso salientar o facto de a Enf.^a Chefe e EER do Serviço de Neurocirurgia onde vou estagiar terem referido nas entrevistas que dispõem de recursos humanos escassos, sendo que existe apenas uma EER para dar apoio a todo o serviço, num total de 25 camas e que quando o serviço está sobrelotado para além de reabilitação tem também de prestar cuidados gerais. Referem também recursos físicos e materiais deficitários, visto ser um serviço com instalações velhas a necessitar de obras de melhoramento urgentes, o qual há previsões de início de obras para breve, o que poderá coincidir com o período do ensino clínico. Neste contexto como estratégia de resolução para contornar estas possíveis limitações/constrangimentos saliento a capacidade de adaptação a situações novas que é indispensável para o EER, que deverá ser capaz de prestar cuidados de qualidade em qualquer contexto, marcando a diferença, isto porque, não são só as estruturas físicas e materiais que definem a qualidade dos cuidados, a postura e intervenção do enfermeiro é muitas vezes o mais determinante.

4-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento das patologias que têm como sequelas a hemiplegia, quando associadas à complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais decorrentes do aumento da população idosa nos últimos anos, trazem repercussões a nível da pessoa e sua família tais como limitações, incapacidades e restrições na sua participação na comunidade, sendo que estas requerem maiores cuidados no domicílio, onde a família é frequentemente sobrecarregada. Esta situação está diretamente relacionada com o EER do âmbito hospitalar e com o EER da comunidade que devem articular-se com vista a melhorar a reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família, promovendo o seu autocuidado, independência e qualidade de vida.

A prática de enfermagem rege-se na equidade designada para cada um, no que necessita ou pode tolerar, tendo como fim uma complementaridade, entre o cuidado prestado e as reais necessidades da pessoa/família. Deste modo e a título de síntese, é notório que as pessoas com hemiplegia têm várias necessidades de cuidados de enfermagem, dependendo das alterações à sua saúde provocadas pelas diferentes lesões que podem levar à hemiplegia. Para contornar essas alterações vão ter que encontrar formas de readaptação à sua nova condição de modo a satisfazer às suas necessidades de autocuidado. Neste contexto quando as diferentes atividades de autocuidado estão afetadas ou limitadas, a pessoa com hemiplegia torna-se em determinadas circunstâncias dependente de outros para as realizar, sendo aqui que a função do EER ganha relevo, como detentor de saberes que lhe permitem avaliar os diferentes graus de dependência e implementar estratégias de intervenção com recurso aos métodos de ajuda propostos por Orem (2001). Estes métodos podem ir desde a substituição da pessoa (agir ou fazer pelo outro); à transmissão de conhecimentos (educar); ao ensino de estratégias (instruir) ou treino de capacidades e AVD's (treinar); ao apoiar física e psicologicamente e ao proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, tornando a pessoa apta a satisfazer as suas necessidades de autocuidado com vista à sua reintegração comunitária.

Cuidar é a essência da enfermagem de reabilitação, e é esta característica que a torna diferente de qualquer outra profissão, sendo através do cuidar que iremos ajudar a pessoa a readquirir a sua autonomia e independência. Watson (2002) considera o cuidar como o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade sendo a essência da enfermagem.

Para um cuidar de excelência a intervenção do EER deve também envolver a família, na medida em que esta vai constituir-se como um pilar na reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia, e também porque enquanto a pessoa não for autónoma, a

família vai ajudar na satisfação das suas necessidades de autocuidado, muitas vezes sem estar preparada para tal. Neste contexto e de acordo com BOLANDER (1998, p. 403) *“A prática de enfermagem que incorpora uma filosofia de cuidados centrados na família pode contribuir grandemente para aliviar as necessidades dos membros das famílias”*.

Em termos de conclusão gostaria de salientar que na prestação de cuidados como EER é importante que *“Não perguntemos que doença tem a pessoa, mas antes que pessoa tem a doença atribuída”* (WILLIAN OSLER citado por SACKS, 1996, p. 3), pois se o conseguirmos concretizar, com a certeza que conseguiremos corresponder às nossas expectativas, surgindo uma relação humanista, guiada pelo respeito e pelo valor do outro. Qualquer que seja a nossa ação como EER, o outro será sempre a figura central, na medida em que tudo se inicia nele, através dele e para benefício dele, sendo que respeitar a sua individualidade, a sua vontade e o seu saber é dever de qualquer um de nós.

A realização deste projeto de formação permitiu uma projeção de saberes e competências, que nasceu de um desejo, passou por uma intenção e demonstrar-se-á numa ação refletida, esclarecida e planeada para que venha a atingir os objetivos a que me propus concretizar no estágio. O desenvolver deste projeto foi motivante e surgiu como uma oportunidade de auto-formação que implicou a aquisição, mobilização e desenvolvimento de um variado leque de conhecimentos e competências, permitindo o aprofundar de conteúdos programáticos abordados nas várias unidades curriculares do curso. Deste modo considero que consegui aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas do EER e assim atingir os objetivos a que me propus para a elaboração deste projeto de formação.

Concluo também que as minhas expectativas para a concretização deste projeto no estágio são muitas, espero atingir os objetivos a que me propus e poder descobrir-me e simultaneamente encontrar-me; descobrir barreiras e saber ultrapassá-las; procurar sorrisos e encontrar felicidade; procurar saber e encontrar vontade de saber ainda mais, para assim prestar cuidados de qualidade à pessoa com hemiplegia e sua família, promovendo a sua reintegração comunitária com sucesso.

Termino com um pensamento que traduz o que devemos ter sempre presente, nesta que é a profissão humana para humanos, onde procuramos fazer sempre mais e melhor.

“Só quando o cuidar tem como horizonte a saúde da pessoa, é que o profissional toma consciência que não há situações de cuidados complexas ou simples, mas sim situações únicas, todas diferentes umas das outras nas quais o prestador de cuidados cuida” (Hesbeen, 2010).

5-BIBLIOGRAFIA

- ALMBORG, Ann-Helene *et al.* (2009) – Discharge planning of stroke patients: the relatives perception of participation. **Journal Clinical Nursing**. 18. 857-865.
- ANDRÉ, C. (2006) – **Manual de AVC**. Rio de Janeiro. Livraria e Editora Revinter R, Lta., 2ª edição.
- ARTS, Mark.; KWA, Vincent; DAHMEN, Rutger (2008) – High satisfaction with an individualized stroke care programme after hospitalization of patients with TIA or minor stroke: a pilot study. **Cerebrovascular Diseases**.25:566 – 571.
- BENNER, Patricia. (2005) – **De Iniciado a Perito**. 2ª Edição. Quarteto. ISBN: 989558-052-5. Depósito legal 228818/05
- BOBATH, B. (1998) – **Hemiplegia no Adulto – Avaliação e Tratamento**. Manole, SP.
- BOCCHI, Silvia (2004) – O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. V.57. Nº5. Set./Out.p.569-573.
- BURTON, Christopher; GIBBON, Bernard (2005) – Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. **Journal Clinical Nursing**. 52(6). P.640-650.
- BRANCO, T. (2009) – **Estratégias na incontinência urinária – novas abordagens**. In: **Sinais Vitais**. Coimbra. Nº 83.Março.p.16-23.
- CARDOSO, J. (2004) – Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. In: **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Nº20.p. 385-94.
- FARO, Ana (2006) – Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev Esc Enferm USP**. 40(1):128-33..
- FERRINHO, Paulo; GONÇALVES, Aldina. (1997) – Desenvolvimento comunitário e reabilitação na comunidade. **Análise Psicológica**. 3 (XV): 443-448.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realidade**. Loures: Luso ciência.388p.ISBN 972-8383-10-X
- FREITAS, Gabriel Duarte de (2011) - Reabilitação neurofuncional em um paciente com hemiplegia espástica como sequela de AVC. Estudo de caso. EFDeportes.com. **Revista Digital**. Buenos Aires. Ano 16. Nº 155. Abril.
- HESBEEN, W. (2001) - **Criar Novos Caminhos**. Loures: Lusociência. IBSN978-972-8383-43-5.
- HOEMAN, Shirley (2011) - **Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ª Edição.Loures:Lusociência.IBSN978-0-323-04555-1.
- HORN *et al.* (2003) – **Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/paréticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico**. Arq. Neuropsiquiatria. 61 (3-B): 768-771.

- JONHSTONE, M. (1987) – **Tratamento domiciliário do doente hemiplégico: Texto de apoio nº.3** São Paulo: Editora Manole Lda.
- KLOTZ, Tatiana; *et al.* (2006) - Tratamento fisioterapêutico do ombro doloroso de pacientes hemiplégicos por acidente vascular encefálico. Revisão da Literatura. **ACTA FISIATRA**, vol.13, n.1, p. 12-16.
- LEAL, F. (2001) - Intervenção de enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In: **Enfermagem em Neurologia**. Coimbra: Formasau, Formação e saúde Lda, Edições Sinais Vitais. ISBN: 972-8485-18-2. p. 131-151.
- LEITÃO, A. *et al.* (2006) - **Projeto Diretrizes : Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação**.
- LOPEZ, A. *et al.* (2006) - Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. **The Lancet**. Vol 367, nº 9534. p. 1747-1757.(27 maio 2006).
- LOTUFO, P. (1996) - Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Revista da Sociedade de Cardiologia**. Estado São Paulo. Nº5. p. 541-547.
- LOURENÇÃO, Maria Inês; TSUKIMOTO, Gracinda; BATTISTELA, Linamara (2006) - O “teste de destreza manual Minnesota adaptado” utilizado como avaliação do potencial de uso de membros superiores de pacientes hemiplégicos. **Acta Fisiatr**; 14(1): 56 - 61
- MARTINS, M. (2002) – **Uma crise acidental na família: o doente com AVC**. Coimbra.Formsau.
- MARTINS, T. (2002)- **Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais**. Escola Superior de Enfermagem de São João. Edição da autora.
- MARTINS, T. (2006) – **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes familiares cuidadores**. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde Lda.
- MCGINNES, Alison *et al.*(2010) – The role of the community stroke rehabilitation nurse. **British Journal of Nursing**. Vol.19.nº16.
- OLIVEIRA, Rui Aragão (2000) – Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. **Análise psicológica**. 4 (XVIII): 437-453.
- OREM, Dorothea E. (2001) - **Nursing Concepts of Practice**. 6th ed. Saint Louis (GE): Mosby.ISBN0-323-00864-X
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa. 20 de Outubro de 2010.

PETRONILHO, F. (2007) – **Preparação do regresso a casa**. Coimbra. Editora Formasau.

PINTO, Vanda Marques (2001) - Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alteração do nível de consciência. In: **Enfermagem em Neurologia**. Coimbra: Formasau, Formação e saúde Lda, Edições Sinais Vitais. ISBN: 972-8485-18-2. p. 45-56.

QUEIRÓS, Paulo; CARDOSO, Fernando; MARGATO, Carlos (2002) – **Técnicas de Reabilitação I**. Manual Sinais Vitais nº 2. Coimbra. 3ª edição. ISBN: 972-8485-25-5.

REIS, Allison; COBUCCI, Ricardo. (2011) – Preparação para a alta hospitalar do paciente acometido por acidente vascular encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste – MG. V.4 – Nº1. Jul./Ago.

RUIVO, Maria Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília (2010) – Metodologia do Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. **Enfermagem – Revista Percursos** – Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Nº 15. Janeiro-Março. 2010.

SANTIAGO, M.; CORBETT, J. (2006) - Exame Neurológico. In: HAINES, D. - **Neurociência Fundamental - Para aplicações básicas e clínicas**. 3ª ed. Elsevier Editora. ISBN: 9788535219777.

SPECHT, Dawn. (2007)- Ensino do Paciente. In: TIMBY, Barbara K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed-

UMPHRED, A. (2010) – **Neurological Rehabilitation**. London. Mosby Elsevier. 5ª edition.

WATSON, Jean (2002) – *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. 182p.

WATSON, Jean (2002) - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar**. Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação**

Unidade Curricular de Opção II

Guião de Entrevista à Enf.^a Chefe do serviço de Pneumologia Piso 9 – HSM

- 1- Quais as patologias do foro respiratório mais frequentes no serviço?** As patologias mais frequentes são Pneumonias; Infecções Respiratórias; Tumores do Pulmão; DPOC agudizada; Derrames Pleurais e Pneumotórax.
- 2- Qual o género, faixa etária, grau de alfabetização e estrato socioeconómico mais frequente das pessoas com patologia respiratória internadas neste serviço?** É muito diversificada a faixa etária, sendo que está a aumentar o número de jovens internados e sobretudo mulheres com tumor do pulmão. Por outro lado temos frequentemente reinternamentos nas situações de patologias crónicas que agudizam.
- 3- Quais os meios auxiliares de diagnóstico mais realizados neste serviço?** RX Tórax, TAC Torácica; Broncofibroscopia; Toracocentese; Biópsia Pleural, entre outros.
- 4- Qual o suporte familiar, psicológico, social e espiritual de que dispõem as pessoas internadas com patologia do foro respiratório?** Os suportes são diversificados, embora existam cada vez mais famílias destruturadas, o que depois se repercute a nível do acompanhamento do seu familiar hospitalizado. O suporte espiritual é sobretudo solicitado em situações terminais.
- 5- Quais as necessidades mais verbalizadas pelas pessoas internadas com patologia do foro respiratório e pelas suas famílias no momento da Alta?** Frequentemente são verbalizadas necessidades de apoio em casa a nível da higiene, alimentação, toma/cumprimento correto da terapêutica, sobretudo nas situações crónicas de patologia respiratória em que a pessoa tem cansaço fácil e limitações no desempenho das suas AVD's
- 6- Existe alguma Norma/Protocolo/Projeto que vise a Preparação para a Alta Hospitalar da pessoa com patologia respiratória? Se sim como está**

organizado e como funciona? Existe a Norma do Hospital relativamente à Preparação para a Alta que é transversal a vários serviços

- 7- **Como se processa a articulação entre o serviço e os recursos da comunidade na Preparação para Alta Hospitalar da pessoa com patologia respiratória?**
Através de envio de documento de articulação (Nota de Alta/Transferência de Enfermagem e sempre que possível contato telefónico com a instituição

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação**

Unidade Curricular de Opção II

**Guião de Entrevista à Enf.^a Especialista de Reabilitação do serviço de Pneumologia
Piso 9 - HSM**

- 1- Quais as dificuldades sentidas a prestar cuidados como Enfermeira Especialista de Reabilitação?** As principais dificuldades prendem-se com fator tempo que é curto para prestar cuidados a todos os doentes do serviço
- 2- Qual o papel da Enf.^a Especialista de Reabilitação no seu serviço?** Tem como papel reabilitar, otimizando e gerindo os recursos de que a pessoa dispõe.
- 3- Desempenha apenas funções de Especialista de Reabilitação?** Sim e substitui a Chefe na sua ausência.
- 4- Como Enf.^a Especialista de Reabilitação tem doentes atribuídos?** Apenas tenho doentes atribuídos quando o serviço está mais “pesado” e há macas no corredor.
- 5- Como Enf.^a Especialista de Reabilitação como planeia o seu trabalho, tem algum método de trabalho estabelecido?**
- 6- Está implementado algum Programa de Reeducação Funcional Respiratória neste serviço?** Se sim, como está organizado e como funciona?
O Plano traçado prende-se com avaliar quem tem dificuldades respiratória
- 7- Como se processa a articulação/relação/trabalho em equipa estabelecidos entre a Enf.^a Especialista de Reabilitação com os restantes elementos da Equipa Multidisciplinar?** Funciona bem, na medida em que há articulação, no sentido de melhorar os cuidados prestados. A Enf.^a de Reabilitação articula-se com os Fisioterapeutas, de modo a permitir aos doentes terem vários momentos de reabilitação e também se a Enf.^a trabalhar mais à componente respiratória, os Fisioterapeutas dão mais ênfase à componente motora.
- 8- Quais os recursos: humanos, materiais e temporais de que dispõe para prestar cuidados como Enf.^a Especialista de Reabilitação?** Os recursos

humanos e temporais são sempre escassos. Os materiais são satisfatórios, na medida em que os doentes podem usufruir de ginásio para as Técnicas de Reabilitação.

- 9- **Quais os Métodos/Técnicas mais utilizados, na Reabilitação da pessoa com patologia do foro respiratório?** São realizadas técnicas de correção postural e exercícios de mobilização osteoarticular; ensino de posições de descanso e relaxamento nos doentes dispneicos e de adoção de postura correta; Controlo respiratório; métodos de limpeza das vias aéreas, reeducação no esforço; Drenagem postural.
- 10- **Qual a articulação existente entre a Enf.^a Especialista de Reabilitação e os recursos na comunidade?** A articulação com a comunidade é feita sempre que necessário através de contato telefónico.
- 11- **Existe Folha de Avaliação/Registos de Enfermagem da Enf.^a de Reabilitação?** Existe sim.
- 12- **São utilizadas Escalas de Avaliação pela Enf.^a de Reabilitação? Se sim? Quais?** Sim, sobretudo Escala da Dispneia; Escala da Dor; Escala de avaliação da AVD's; Escala de avaliação da força muscular.
- 13- **Quais as necessidades da pessoa com patologia respiratória no planeamento da alta hospitalar?** Conseguir aprender estratégias para realizar as suas AVD's com o menor dispêndio de energia e sem se cansarem com tanta facilidade a pequenos esforços.
- 14- **Quais as maiores preocupações/receios da pessoa com patologia respiratória e da sua família/cuidador aquando do regresso a casa?** Receio de desenvolverem uma crise de dispneia; de pneumonias e infeções respiratórias e preocupação em saber gerir terapêutica sobretudo a inalatória. Existe também o receio de terem que fazer oxigénio de longa duração.
- 15- **Qual a importância atribuída à família na Preparação para a Alta da pessoa com patologia respiratória?** Muito importante para ajudar a pessoa com patologia respiratória a readquirir capacidades e a sentir-se mais segura e autónoma no regresso a casa.
- 16- **Quais os sentimentos/receios/dificuldades mais verbalizado pelos familiares/cuidadores da pessoa com patologia respiratória durante a sua preparação para a alta e no momento de regresso a casa?** Não estarem preparados para

intervir nos casos de crises de dispneia e de descontrolo de sintomas respiratórios.

17-Que sugestão daria para tentar solucionar/ minimizar as dificuldades sentidas pela pessoa com patologia respiratória e seus familiares no regresso a casa? Apostar numa maior articulação com a comunidade, indo ao terreno, ao contexto em que vive a pessoa, de modo a adaptar os ensinamentos para a sua realidade.

CRONOGRAMA INDIVIDUAL DE ESTÁGIO 2012/2013 - SANDRA MARISA DAS NEVES JOAQUIM

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3º CURSO DE MÉS RADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA DE LUSOBA																															
MESES	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª		
OUTUBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
									M	M	M	M	M		M		M	M	M				M	M	M						
NOVEMBRO																															
DEZEMBRO																															
JANEIRO																															
FEVEREIRO																															

Serviço de Neurocirurgia Piso 8 - Centro Hospitalar Lisboa Norte
 Hospital de Santa Maria; (turnos de 7,5h)
 Serviço de Pneumologia Piso 9 - Centro Hospitalar Lisboa Norte
 Hospital de Santa Maria; (turnos de 7,5h)

Feriado

Férias de Natal

Férias de Carnaval

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na área de Enfermagem de Reabilitação na Reintegração Comunitária da Pessoa com Hemiplegia e sua família

OBJETIVOS ESPECÍFICOS A DESENVOLVER NO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA PISO 8 DO CHLN – HOSPITAL DE SANTA MARIA

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
C – Domínio da gestão dos cuidados; C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1- Otimiza o processo de cuidados	1- Integrar-me de forma progressiva e gradual na equipa multidisciplinar, sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Neurocirurgia	- Visita ao serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; - Reuniões informais com: Enfermeira Chefe, Enf.^a Adelaide Lavado; e Enfermeira Especialista de Reabilitação (EER), Enf.^a Ana Pinheiro, com aplicação de Guiões de Entrevista (Apêndice nº 1); - Reuniões informais com as pessoas internadas/famílias e	Humanos: Professor Orientador do Projeto ; Enf. ^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros, pessoas/ famílias e elementos da equipa multidisciplinar	Indicadores: - Ter efetuado pelo menos uma visita ao serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; -Ter realizado pelo menos uma reunião informal com Enf.^a Chefe; EER e restantes elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; - Ter consultado os documentos do serviço existentes: manuais/protocolos/normas/instrumentos de registo como os de transferência/alta hospitalar e de

ao nível da tomada de decisão; D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D1-Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8	outros elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; • Consulta de documentos do serviço: manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo; de transferência e alta hospitalar; de encaminhamento para a comunidade; • Observa a intervenção da EER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar; • Identifica as funções da EER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação; - Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço para serem mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; - Ter identificado pelo menos três procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família;	Materiais: Documentos do serviço (manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo e de alta/transferência e encaminhamento para a comunidade) Físicos: Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8 Temporais: Outubro de	encaminhamento para a comunidade; - Ter observado a intervenção e dinâmica da EER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador; - Ter identificado pelo menos três funções da EER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação; - Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço para serem mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; - Ter identificado pelo menos três procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família;
---	--	--	--	--

		mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; • Identifica os procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família; • Estabelece uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; • Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa/família; • Desenvolve o auto-conhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; • Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais;	2011 (Ver Cronograma no Apêndice nº 4).	- Ter estabelecido uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; - Ter estabelecido uma relação terapêutica com a pessoa/família; - Ter identificado pelo menos dois fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; - Ter reconhecido os seus recursos e limites pessoais e profissionais; - Ter colaborado nas decisões da equipa multidisciplinar; - Ter observado como funciona os serviços que articulam com a Neurocirurgia Piso 8: Consulta de Neurocirurgia; Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos e Bloco Operatório de Neurocirurgia, de modo a compreender os vários circuitos possíveis que a pessoa com patologia do foro neurocirúrgico pode ter à sua disposição no CHLN – HSM. Crítérios de Avaliação:
--	--	--	--	--

		• Colabora nas decisões da equipa multidisciplinar. • Visita de observação à consulta de Neurocirurgia; à Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos e ao Bloco Operatório de Neurocirurgia, de modo a compreender os vários circuitos possíveis que a pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurocirúrgico pode ter à sua disposição no CHLN – HSM.		-De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; -Reflete sobre as atividades e estratégias desenvolvidas e na sua importância para atingir o objetivo; -Presta cuidados de enfermagem e de reabilitação em articulação com a pessoa/família e os vários elementos da equipa multidisciplinar.
--	--	---	--	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A1.2- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B- Domínio da	2- Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família que se encontram a vivenciar processos de transição saúde/doença do foro sensório-motor/hemiplegia, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.	• Desenvolve o exercício profissional de acordo com o código deontológico; • Promove o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família; • Promove o direito da pessoa ao acesso à informação; • Promove o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; • Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à	Humanos: Enf.^a Chefe; EER; restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar; pessoa/família; Materiais: Código Deontológico; Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista; Regulamento das competências específicas do	Indicadores: -Ter desenvolvido uma prática de enfermagem, respeitando princípios éticos e deontológicos; -Ter promovido o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família; -Ter promovido o direito da pessoa ao acesso à informação; -Ter promovido o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação; -Ter colaborado com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família; -Ter participado nas reuniões de passagem de turno e na construção da tomada de decisão em equipa multidisciplinar e com base em princípios éticos e deontológicos;

melhoria da qualidade; 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; C- Domínio da gestão de cuidados; C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1- Otimiza o		pessoa/família; • Participar nas reuniões de passagem de turno e na construção da tomada de decisão em equipa multidisciplinar com base em princípios éticos e deontológicos; • Presta cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família em colaboração com a EER. • Envolve a família nos cuidados, no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas; • Reflete acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação	EER; Pareceres Ético-Legais da Ordem dos Enfermeiros; Pesquisa bibliográfica; Reuniões de passagem de turno; Físicos: Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8 Temporais: 1 de Outubro a 16 de Dezembro de 2011 (Ver Cronograma no Apêndice nº4).	-Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família em colaboração com a EER; - Ter envolvido a família nos cuidados, no sentido de assegurar a satisfação de necessidades culturais e espirituais; - Ter refletido acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento; Crítérios de Avaliação: - De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento de competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família que se encontra a vivenciar processos de transição saúde/doença do foro sensório-motor/hemiplegia, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais. -Reflete nas atividades/estratégias
---	--	---	---	--

processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.		tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento;	utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo; -Desenvolve competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família que se encontram a vivenciar processos de transição saúde/doença do foro sensório-motor/hemiplegia, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.
---	--	---	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
B- Domínio da melhoria da qualidade; B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; C- Domínio da gestão de cuidados; C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e	3- Promover a continuidade de cuidados, através da articulação com a comunidade, com vista à melhoria da reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com hemiplegia e sua família para outros prestadores de saúde/recursos da comunidade.	• Avalia a situação da pessoa com hemiplegia e sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária; • Referencial/encaminha a pessoa com hemiplegia e sua família para outros prestadores de saúde/recursos da comunidade. • Realiza notas de transferência/alta hospitalar; • Efetua contato telefónico prévio com a Unidade de Cuidados na Comunidade e com o Enfermeiro da Comunidade e, se existir, com	Humanos: Professor Orientador do Projeto; Enf.^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar; Enfermeiros Generalistas e Especialistas de Reabilitação da Comunidade; Comunidade; pessoas/família; Materiais: -Instrumento de	Indicadores: -Ter avaliado a situação de pelo menos três pessoas com hemiplegia e sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária; - Ter referenciado/encaminhado a pessoa com hemiplegia e sua família para outros prestadores de cuidados de saúde/recursos da comunidade; - Ter realizado pelo menos três notas de transferência/alta hospitalar; - Ter efetuado pelo menos três contatos telefónicos prévios com a comunidade/enfermeiro de reabilitação da comunidade; - Ter recorrido a pelo menos três

a articulação na equipa multiprofissional; J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J2.1- Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; J2.2- Promove a mobilidade, a	o Enfermeiro de Reabilitação da Comunidade; • Recorre a instrumentos de avaliação à pessoa com alterações sensório-motoras/hemiplegia; • Realiza programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade da pessoa com alterações sensório-motoras/hemiplegia e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida; • Questiona/identifica junto da pessoa com alterações sensório-motoras/hemiplegia e do ambiente envolvente, de modo a direcionar os cuidados para as estratégias de eliminação e/ou minimização das barreiras arquitetónicas; para a melhoria da participação cívica;	registro de transferência/ alta hospitalar e encaminhamento para a comunidade; Protocolos de Qualidade em vigor; Legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação Telefone e fax para articulação com a comunidade; Computador com acesso à Internet e às Bases de	instrumentos de avaliação à pessoa com alterações sensório-motoras/hemiplegia; - Ter realizado pelo menos três programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade da pessoa com alterações sensório-motoras/hemiplegia e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida; - Ter questionado/identificado junto da pessoa com alterações sensório-motoras/hemiplegia e sua família as condições habitacionais e do ambiente envolvente, de modo a direcionar os cuidados para as estratégias de eliminação e/ou minimização das barreiras arquitetónicas; para a melhoria da acessibilidade e da participação social, tendo em conta o contexto de vida da pessoa/família; - Ter promovido e ensinado a pelo menos três pessoas com hemiplegia e sua família, a utilização de produtos de
--	---	---	--

acessibilidade e a participação social.		da acessibilidade e da participação social, tendo em conta o contexto de vida da pessoa/família; • Promove e ensina a utilização de produtos de apoio/dispositivos de compensação adaptados às limitações e necessidades da pessoa com hemiplegia, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida social e profissional; • Envolve a pessoa com hemiplegia, a sua família e a comunidade onde se encontram inseridos nas atividades promotoras da reintegração comunitária; • Elabora um plano de cuidados globais/reabilitação adaptado à pessoa com hemiplegia e à sua família;	Dados Internacionais para pesquisa bibliográfica; livros; trabalhos académicos; artigos científicos; teses de mestrado e doutoramento acerca da temática; Físicos: ESEL – Pólo Ravara; Biblioteca da ESEL; Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8;	apoio/dispositivos de compensação adaptados às limitações e necessidades da pessoa com hemiplegia, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida social e profissional; - Ter envolvido pelo menos três pessoas com hemiplegia, a sua família e a comunidade onde se encontram inseridos nas atividades promotoras da reintegração comunitária; - Ter elaborado pelo menos três planos de cuidados globais/reabilitação adaptados à pessoa com hemiplegia e sua família; - Ter partilhado informações e esclarecimento de dúvidas com a equipa multidisciplinar acerca da temática, através da discussão/reflexão de casos; - Ter pesquisado acerca da legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica, com vista a sensibilizar a comunidade para a importância de adoção de práticas
--	--	--	--	---

		• Partilha informações e esclarecimento de dúvidas com a equipa multidisciplinar, com o Professor Orientador do Ensino Clínico e com a Enf.^a Orientadora de local de estágio acerca da temática da reintegração comunitária, através da discussão/reflexão de casos. • Pesquisa sobre a legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica, com vista a sensibilizar a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas; • Identifica as funções/intervenções do EER em contexto hospitalar e na comunidade; • Elabora um instrumento de registo para a articulação do enfermeiro de reabilitação do	Temporais: 1 de Outubro a 16 de Dezembro de 2011 (Ver Cronograma no Apêndice nº4)	inclusivas; • -Ter identificado pelo menos três funções/intervenções do EER em contexto hospitalar e na comunidade; -Ter elaborado um instrumento de registo para a articulação do enfermeiro de reabilitação do contexto hospitalar com o da comunidade tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem. Critérios de Avaliação: - De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para promover a continuidade de cuidados, através da articulação com a comunidade, com vista à melhoria da reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com hemiplegia e sua família. -Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo; -Presta cuidados de enfermagem de
--	--	--	--	--

		contexto hospitalar com o da comunidade tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem.		reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família na área da reintegração comunitária, integrando-os no plano global de cuidados; -Presta cuidados de enfermagem de reabilitação em articulação com os recursos e profissionais da comunidade, nomeadamente com o enfermeiro de reabilitação da comunidade.
--	--	---	--	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;	4- Aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiple motor/hemiple gia e sua família com vista à reintegração comunitária, assumindo responsabilidade	- Identifica necessidades formativas pessoais; - Identifica necessidades formativas da equipa/serviço; - Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados; - Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem; - Aplica os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família; - Partilha de saberes e experiências com o Professor Orientador e a	Humanos: Professor Orientador do Projeto; Enf.^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar; Enfermeiros Generalistas e Especialistas de Reabilitação da Comunidade; Materiais: Computador com acesso à Internet e	Indicadores: -Ter identificado necessidades formativas pessoais; -Ter identificado as necessidades formativas da equipa/serviço; - Ter usado tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados; - Ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem; - Ter aplicado os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família; - Ter partilhado saberes e experiências
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 e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da	des de auto- formação.	Enf. ^a Orientadora do Ensino Clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio; • Participação em ações de formação que possam surgir acerca da temática; • Elaboração de sessões de formação acerca da temática para a equipa do serviço de Neurocirurgia Piso 8.	às Bases de Dados Internacionais; livros; trabalhos académicos; artigos científicos; teses de mestrado e doutoramento acerca da temática; Físicos: ESEL – Pólo Ravara; Biblioteca da ESEL; Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Temporais: 1 de Outubro a 16 de Dezembro de	com o Professor Orientador e a Enf. ^a Orientadora do Ensino Clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio; - Ter participado em pelo menos uma ação de formação acerca da temática em estudo; -Ter elaborado pelo menos uma sessão de formação acerca da temática para a equipa do serviço de Neurocirurgia Piso 8; Critérios de Avaliação: -De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o aprofundar de conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área da reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família; -Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo; -Assume responsabilidades de auto-
---	---------------------------	--	---	---

participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.			2011 (Ver Cronograma no Apêndice nº4).	formação e estimula a equipa multidisciplinar para a aprendizagem; -Demonstra conhecimentos teóricos em enfermagem de reabilitação na área da reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família; - Evidencia a teoria na prática; -Enuncia os cuidados de enfermagem de reabilitação adequados à situação da pessoa/família e à sua singularidade, integrando e mobilizando os conhecimentos na área da Reintegração Comunitária; -Promove a aprendizagem em contexto de trabalho.
--	--	--	--	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; B- Domínio da melhoria da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente	B3- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensorio-motor/hemiple gia e sua família, que lhe confere alterações nas suas necessidades de autocuidado (higiene pessoal;	• Demonstra conhecimentos científicos acerca de avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensorio motor/hemiplegia e sua família; • Avalia o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro sensorio motor /hemiplegia; • Avalia a pessoa com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação; • Identifica as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro sensorio motor /hemiplegia e sua família, de modo a reeducar a função a nível da higiene	Humanos: Professor Orientador; Enf.^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar ; Enfermeiros Generalistas e Especialistas de Reabilitação da Comunidade;	Indicadores: -Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca de avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensorio motor/hemiplegia e sua família; -Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação a pelo menos três pessoas com patologia do foro sensorio motor/hemiplegia; -Ter avaliado pelo menos três pessoas com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação; -Ter identificado as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro sensorio motor /hemiplegia e sua família, de modo a reeducar a função a nível da higiene pessoal; vestir/despir;

terapêutico e seguro; B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J1.1- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;	vestir/despir; mobilidade; alimentação; eliminação; vesical e intestinal; sexualidade), tendo em vista a promoção do seu autocuidado, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível.	peçoal; vestir/despir; mobilidade; alimentação; eliminação e sexualidade, para que possa realizar as AVD's de forma independente; - Identifica os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa que podem condicionar o se autocuidado; - Identifica os fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa; - Avalia os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade; - Intervém recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos	Pessoas internadas e suas famílias; Materiais: Experiência da Enf.^a Orientadora e da Equipa Multidisciplinar ; Matérias lecionadas nas disciplinas de Reabilitação I, II e III; Pesquisa Bibliográfica sobre a avaliação e intervenção na pessoa com patologia do	mobilidade; alimentação; eliminação e sexualidade, para que possa realizar as AVD's de forma independente; -Ter identificado os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD's, de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter avaliado os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter realizado intervenções recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa; -Ter utilizado os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre
---	--	--	---	---

J1.2- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e autocuidado 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		por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, que pode ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação; - Utiliza os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar autonomamente intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; - Seleciona os produtos de apoio adequados às necessidades da pessoa com vista à promoção da sua autonomia e autocuidado; - Concebe e implementa planos	foro sensório-motor e/ou respiratório; Instrumentos de avaliação; Planos de Cuidados realizados; Físicos: ESEL – Pólo Ravara Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Temporais: 1 de Outubro a 16 de Dezembro de 2011 (Ver	técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar autonomamente intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; -Ter selecionado os produtos de apoio adequados às necessidades de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; - Ter concebido e implementado pelo menos três planos de intervenção com vista a uma reeducação funcional; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à reabilitação; -Ter utilizado estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida; -Ter monitorizado e avaliado os resultados das
--	--	--	---	---

eliminação e da sexualidade; J1.4- Avalia os resultados das intervenções implementadas; J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa; J3.1- Concebe e implementa programas de treino motor; J3.2- Avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados.		de intervenção com vista a uma reeducação funcional; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à reabilitação; • Utiliza estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida; • Monitoriza e avalia os resultados das intervenções implementadas; • Reformula as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; • Efetua registos de enfermagem pertinentes.	Cronograma no Apêndice nº 4)	intervenções implementadas; -Ter reformulado as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados; - Ter efetuado registos de enfermagem pertinentes. Critérios de Avaliação: - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família, que lhes conferem alterações nas suas necessidades de autocuidado (higiene pessoal; vestir/despir; mobilidade; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade), tendo em vista a promoção do seu autocuidado, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo;
--	--	--	------------------------------	---

				-Assume responsabilidades na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade, desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com patologia do foro sensório-motor e sua família. -Desenvolve perícia na execução das intervenções de enfermagem de reabilitação.
--	--	--	--	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
B- Domínio da melhoria da qualidade; 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; C- Domínio da gestão de cuidados; C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa	B- Capacitar a pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família para o autocuidado e para a reintegração comunitária a nível familiar, profissional e social, maximizando a utilização dos seus recursos pessoais,	• Entrevista a pessoa/família individualmente e/ou em conjunto para identificar as suas necessidades, preocupações e receios; • Avalia os recursos pessoais, familiares e sócio-económicos existentes em cada situação específica; • Identifica os fatores facilitadores e inibidores da reintegração comunitária da pessoa/família; • Identifica necessidades/barreiras arquitetónicas no domicílio, orientando para a eliminação das mesmas; • Participa na tomada de decisão em Equipa Multidisciplinar no que	Humanos: Professor Orientador; Enf.ª Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar Pessoa/Família; a; Enfermeiros da Comunidade; Recursos da Comunidade; Materiais:	Indicadores: - Ter realizado pelo menos três entrevistas à pessoa/família individualmente e/ou em conjunto para identificar as suas necessidades, preocupações e receios; - Ter avaliado os recursos pessoais, familiares e sócio-económicos existentes em pelo menos três situações; - Ter identificado os fatores facilitadores e inibidores da reintegração comunitária de pelo menos três pessoas/família, alvo dos meus cuidados; - Ter identificado necessidades/barreiras arquitetónicas no domicílio, orientando para a eliminação das mesmas em pelo menos três situações do cuidar; - Ter participado na tomada de decisão em equipa multidisciplinar no que respeita ao

de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;	familiares e sociais.	respeita ao planeamento da alta hospitalar; • Informa a pessoa/família acerca dos recursos comunitários disponíveis, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social; • Concebe e implementa programas de treino de AVD's tendo em conta as barreiras arquitetónicas que possam existir/surgir, visando a adaptação da pessoa/família às mesmas, bem como às suas limitações da mobilidade;	Pesquisa bibliográfica acerca da temática da Reintegração Comunitária; Experiências relacionadas pela Enf. ^a Orientadora; Físicos: Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Temporais: 1 de Outubro a 16 de Dezembro (ver cronograma no	planeamento da alta hospitalar; -Ter informado pelos menos três pessoas/família acerca dos recursos comunitários disponíveis, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social; -Ter concebido e implementado programas de treino de AVD's tendo em conta as barreiras arquitetónicas que possam existir/surgir, visando a adaptação da pessoa/família às mesmas, bem como às suas limitações da mobilidade; - Ter avaliado e reformulado os programas implementados em função dos resultados esperados e dos contextos de vidas das pessoas/famílias; -Ter articulado com os recursos da comunidade e com o enfermeiro da comunidade, de modo a promover a continuidade de cuidados; - Ter elaborado um guia orientador de cuidados para a pessoa com hemiplegia e sua família, de modo a facilitar a promoção do autocuidado e
J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J2.1- Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da		• Avalia e reformula os programas implementados em função dos resultados esperados e dos contextos de vidas das pessoas/famílias. • Articula com os recursos da comunidade e com o enfermeiro da comunidade, de modo a		

mobilidade e à da maximização e autonomia qualidade de vida; J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.		promover a continuidade de cuidados; • Elaboração de um guia orientador de cuidados para a pessoa com hemiplegia e sua família, de modo a facilitar a promoção do autocuidado e da reintegração comunitária.	Apêndice nº4)	da reintegração comunitária. Critérios de Avaliação: - De que modo as atividades planejadas e desenvolvidas foram fundamentais para capacitar a pessoa e sua família para o autocuidado e para a reintegração comunitária, maximizando a utilização dos recursos pessoais, familiares e sociais de forma a promover a sua reinserção familiar, profissional e social; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo.
--	--	---	----------------------	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;	7- Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação	- Demonstra como aplica e mobiliza na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso; - Fundamenta os cuidados prestados, através dos registros dos ensinamentos e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa com hemiplegia e sua família;	Humanos: Professor Orientador; Enf.^a Chefe; EER; restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar; pessoas e suas famílias; Materiais: Reflexões das experiências vivenciadas em estágio Físicos: ESEL – Pólo Ravara Serviço de Neurocirurgia do	Indicadores: -Ter demonstrado como aplica e mobiliza na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso; -Ter fundamentado os cuidados prestados, através dos: registros dos ensinamentos e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa com hemiplegia e sua família; -Ter justificado as opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos; - Ter elaborado o relatório de estágio no qual aborda quais as competências
B- Domínio da melhoria da qualidade;				
C- Domínio da gestão dos cuidados;				
D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;				
J1- Cuida de pessoas com necessidades		Justifica as opções, prioridades e planeamento dos cuidados		

especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.		definidos; • Elabora o relatório de estágio no qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado; • Descreve as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico e faz uma análise de todo o processo de formação; • Efetua um registo/reflexão dos momentos de aprendizagem; experiências vividas; intervenções desenvolvidas; e dificuldades sentidas, durante o estágio; • Identificar quais os aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação; -Ter referido se os objetivos estabelecidos no projeto de formação foram atingidos no decorrer do estágio; -Ter identificado pelo menos duas oportunidades de melhoria;	CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Serviço de Pneumologia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9 Temporais: Fevereiro de 2013 (ver cronograma no Apêndice nº4)	desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado; -Ter descrito as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico e faz uma análise de todo o processo de formação; -Ter efetuado um registo/reflexão dos momentos de aprendizagem; experiências vividas; intervenções desenvolvidas; e dificuldades sentidas, durante o estágio; -Ter identificado quais os aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem, bem como para a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação; -Ter referido se os objetivos estabelecidos no projeto de formação foram atingidos no decorrer do estágio; -Ter identificado pelo menos duas oportunidades de melhoria;
--	--	---	---	--

		competências na área da enfermagem de reabilitação; • Refere se os objetivos estabelecidos no projeto de formação foram atingidos no decorrer do estágio; • Identifica oportunidades de melhoria; • Estabelece prioridades de melhoria; • Seleciona estratégias de melhoria pessoal e profissional.	-Ter estabelecido pelo menos duas prioridades de melhoria; -Ter selecionado pelo menos duas estratégias de melhoria pessoal e profissional. Critérios de Avaliação: -De que modo as atividades planejadas e desenvolvidas foram fundamentais para a elaboração do relatório de estágio; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo;
--	--	---	--

OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na área de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família

OBJETIVOS ESPECÍFICOS A DESENVOLVER NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA PISO 9 DO CHLN – HOSPITAL DE SANTA MARIA

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades /Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
C – Domínio da gestão dos cuidados; C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;	1- Integração de forma progressiva e gradual na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Pneumologia do CHLN - Hospital de Santa Maria	• Visita ao serviço de Pneumologia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9; • Reuniões informais com: Enfermeira Chefe e EER, Enf.^a Anunciação, com aplicação de Guiões de Entrevista (Apêndice nº1); • Reuniões informais com as pessoas internadas/famílias e outros elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; • Consulta de documentos do	Humanos: Professor Orientador do Projeto; Enf.^a Chefe; EER; pessoa/família e restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar Materiais : Documentos do serviço	Indicadores: -Ter efetuado pelo menos uma visita ao serviço de Pneumologia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9; -Ter realizado pelo menos uma reunião informal com Enf.^a Chefe; EER e restantes elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; -Ter consultado os documentos do serviço existentes: manuais/protocolos/normas/instrumentos de registo como os de transferência/alta hospitalar e de encaminhamento para a comunidade; -Ter observado a intervenção e dinâmica da

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D1-Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	Piso 9	serviço: manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo; de transferência e alta hospitalar; de encaminhamento para a comunidade; • Observa a intervenção da EER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar; • Identifica as funções da EER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro respiratório, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação; Físicos: Serviço de Pneumologia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9 Temporais: Janeiro de 2012 (Ver Cronograma no Apêndice	(manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo e de alta/transferência e encaminhamento para a comunidade) Físicos: Serviço de Pneumologia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9 Temporais: Janeiro de 2012 (Ver Cronograma no Apêndice	EER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador; -Ter identificado pelo menos três funções da EER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro respiratório, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação; -Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço para serem mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; -Ter identificado pelo menos três procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; -Ter estabelecido uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; -Ter estabelecido uma relação terapêutica com a pessoa/família; -Ter identificado pelo menos dois fatores que
---	---------------	---	---	---

		enfermagem gerais e de reabilitação; • Identifica os procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; • Estabelece uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; • Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa/família; • Desenvolve o auto-conhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar;	nº 4).	podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; -Ter reconhecido os seus recursos e limites pessoais e profissionais; -Ter colaborado nas decisões da equipa multidisciplinar; -Ter observado como funciona os serviços que articulam com a Pneumologia Piso 9: Departamento de Readaptação Funcional Respiratória; Consulta de Pneumologia e de Fibrose Quística; UCIR (Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios) e Unidade de VNI (Ventilação Não Invasiva), de modo a compreender os vários circuitos possíveis que a pessoa com patologia do foro respiratório pode ter à sua disposição no CHLN – HSM Critérios de Avaliação: -De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Pneumologia do
--	--	---	--------	---

		• Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais; • Colabora nas decisões da equipa multidisciplinar; • Visita de observação ao Departamento de Readaptação Funcional Respiratória; à Consulta de Pneumologia e de Fibrose Quística; à UCIR (Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios) e à Unidade de VNI (Ventilação Não Invasiva), de modo a compreender os vários circuitos possíveis que a pessoa com patologia do foro respiratório pode ter à sua disposição no CHLN – HSM.		CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9; -Reflete sobre as atividades e estratégias desenvolvidas e na sua importância para atingir o objetivo; -Presta cuidados de enfermagem e de reabilitação em articulação com a pessoa/família e os vários elementos da equipa multidisciplinar; Crterios de Avaliao: - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a minha integrao na Equipa Multidisciplinar, na dinmica, funcionamento, organizao e atividades do servio de Pneumologia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9; -Reflete nas atividades/estratgias desenvolvidas e na sua importncia para atingir o objetivo; -Presta cuidados de enfermagem e de reabilitao em articulao com os vrios elementos da equipa multidisciplinar.
--	--	--	--	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; B- Domínio da melhoria da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente	 - Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; que lhe confere alterações nas suas necessidades de autocuidado (higiene pessoal;	• Demonstra conhecimentos científicos acerca de avaliação e intervenção na patologia do foro respiratório e sua família; • Avalia o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro respiratório; • Avalia a pessoa com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação; • Identifica as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, de modo a reeducar a função a nível da higiene pessoal; mobilidade;	Humanos: Professor Orientador; Enf.^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar ; Enfermeiros Generalistas e Especialistas de Reabilitação da Comunidade;	Indicadores: -Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca de avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; -Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação a pelo menos três pessoas com patologia do foro respiratório; -Ter avaliado pelo menos três pessoas com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação; -Ter identificado as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, de modo a reeducar a função a nível da higiene pessoal; vestir/despir; mobilidade; alimentação; eliminação e sexualidade, para

terapêutico e seguro; B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J1.1- Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;	vestir/despir; mobilidade; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade), tendo em vista a promoção do seu autocuidado, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível.	alimentação; eliminação e sexualidade, para que possa realizar as AVD's de forma independente; • Identifica os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa que podem condicionar o se autocuidado; • Identifica os fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD's de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados;	Pessoas internadas e suas famílias; Materiais: Experiência da Enf.^a Orientadora e da Equipa Multidisciplinar ; Matérias lecionadas nas disciplinas de Reabilitação I, II e III; Pesquisa Bibliográfica sobre a avaliação e intervenção na pessoa com patologia do	que possa realizar as AVD's de forma independente; -Ter identificado os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD's, de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter avaliado os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter realizado intervenções recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa; -Ter utilizado os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o
---	---	--	--	---

J1.2- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado e 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		pessoa se situa, que pode ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação; • Utiliza os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar autonomamente intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; • Concebe e implementa planos de intervenção com vista a uma reeducação funcional respiratória; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de	foro sensório-motor e/ou respiratório; Instrumentos de avaliação; Planos de Cuidados realizados; Físicos: ESEL – Pólo Ravara Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Temporais: 1 de Outubro a 16 de Dezembro de 2011 (Ver	potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar autonomamente intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; - Ter concebido e implementado pelo menos três planos de intervenção com vista a uma reeducação funcional respiratória; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à reabilitação; -Ter realizado intervenções de Reeducação Funcional Respiratória, adaptadas à pessoa com patologia respiratória, que visam: prevenção e correção das alterações do esqueleto e músculos; redução da tensão psíquica e muscular; assegurar a permeabilidade das vias aéreas (métodos de limpeza das vias áreas/ manobras acessórias/ drenagem postural); prevenção e correção de defeitos ventilatórios e melhoria da
---	--	---	--	--

eliminação e da sexualidade; J1.4- Avalia os resultados das intervenções implementadas; J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa; J3.1- Concebe e implementa programas de treino motor; J3.2- Avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados.		lesões e à reabilitação; - Realiza intervenções de Reeducação Funcional Respiratória, adaptadas à pessoa com patologia respiratória, que visam: prevenção e correção das alterações do esqueleto e músculos; redução da tensão psíquica e muscular; assegurar a permeabilidade das vias aéreas (métodos de limpeza das vias áreas/ manobras acessórias/ drenagem postural); prevenção e correção de defeitos ventilatórios e melhoria da performance dos músculos respiratórios (exercícios de reeducação respiratória eletivos ou globais/ abdomino-diafragmáticos e costais) - Utiliza estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a	Cronograma no Apêndice nº 4)	performance dos músculos respiratórios (exercícios de reeducação respiratória eletivos ou globais/ abdomino-diafragmáticos e costais) e reeducação no esforço. -Ter utilizado estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida; -Ter monitorizado e avaliado os resultados das intervenções implementadas; -Ter reformulado as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados; - Ter efetuado registos de enfermagem pertinentes. Crítérios de Avaliação: - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, que lhes conferem alterações nas suas necessidades de
--	--	--	------------------------------	--

		promover a autonomia e a qualidade de vida: • Monitoriza e avalia os resultados das intervenções implementadas; • Reformula as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; • Efetua registos de enfermagem pertinentes.		autocuidado (higiene pessoal; vestir/despir; mobilidade; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade), tendo em vista a promoção do seu autocuidado, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo; - Assume responsabilidades na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade, desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família. - Desenvolve perícia na execução das intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia respiratória e sua família.
--	--	--	--	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;	3- Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação	- Demonstra como aplica e mobiliza na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso; - Fundamenta os cuidados prestados, através dos registos dos ensinamentos efetuados e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa com hemiplegia e sua família;	Humanos: Professor Orientador; Enf.^a Chefe; EER; restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar; pessoas e suas famílias; Materiais: Reflexões das experiências vivenciadas em estágio Físicos: ESEL – Pólo Ravara Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de	Indicadores: -Ter demonstrado como aplica e mobiliza na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso; -Ter fundamentado os cuidados prestados, através dos registos dos ensinamentos efetuados e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa com hemiplegia e sua família; -Ter justificado as opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos; - Ter elaborado o relatório de estágio no qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do ensino
B- Domínio da melhoria da qualidade;				
C- Domínio da gestão dos cuidados;				
D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;				
J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo		Justifica as opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos;		

do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e da exercício da cidadania; J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.		• Elabora o relatório de estágio no qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado; • Descreve as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico e faz uma análise de todo o processo de formação; • Efetua um registo/reflexão dos momentos de aprendizagem; experiências vividas; intervenções desenvolvidas sentidas, durante o estágio; • Identificar quais os aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem, bem como para a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação;	Santa Maria Piso 8; Serviço de Pneumologia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9 Temporais: Fevereiro de 2013 (ver cronograma no Apêndice nº4)	clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado; -Ter descrito as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico e faz uma análise de todo o processo de formação; -Ter efetuado um registo/reflexão dos momentos de aprendizagem; experiências vividas; intervenções desenvolvidas; e dificuldades sentidas, durante o estágio; -Ter identificado quais os aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem, bem como para a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação; -Ter referido se os objetivos estabelecidos no projeto de formação foram atingidos no decorrer do estágio; -Ter identificado pelo menos duas oportunidades de melhoria; -Ter estabelecido pelo menos duas
---	--	---	--	---

		enfermagem de reabilitação; • Refere se os objetivos estabelecidos no projeto de formação foram atingidos no decorrer do estágio; • Identifica oportunidades de melhoria; • Estabelece prioridades de melhoria; • Seleciona estratégias de melhoria pessoal e profissional.	prioridades de melhoria; -Ter selecionado pelo menos duas estratégias de melhoria pessoal e profissional. Crítérios de Avaliação: -De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a elaboração do relatório de estágio; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo;
--	--	---	---

[illegible][illegible]

APÊNDICE II – Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA INDIVIDUAL DE ESTÁGIO 2012/2013 - SANDRA MARISA DAS NEVES JOAQUIM

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

MESES	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª		
OUTUBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
NOVEMBRO																															
DEZEMBRO																															
JANEIRO																															
FEVEREIRO																															

Serviço de Neurocirurgia Piso 8 - Centro Hospitalar Lisboa Norte

Hospital de Santa Maria; (turnos de 7,5h)

Unidade de Readaptação Funcional Respiratória Piso 9 - Centro Hospitalar Lisboa Norte

Hospital de Santa Maria; (turnos de 8 h)

Feriado

Férias de Carnaval

Férias de Natal

APÊNDICE III – Planejamento de Atividades

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na área de Enfermagem de Reabilitação na Reintegração Comunitária da Pessoa com Hemiplegia e sua família

OBJETIVOS ESPECÍFICOS A DESENVOLVER NO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA PISO 8 DO CHLN – HOSPITAL DE SANTA MARIA

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
C – Domínio da gestão dos cuidados; C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1- Otimiza o processo de cuidados	1- Integrar-me de forma progressiva e gradual na equipa multidisciplinar, sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Neurocirurgia	• Visita ao serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; • Reuniões informais com: Enfermeira Chefe, Enf.^a Adelaide Lavado; e Enfermeira Especialista de Reabilitação (EER), Enf.^a Ana Pinheiro, com aplicação de Guiões de Entrevista (Apêndice nº 1); • Reuniões informais com as pessoas internadas/famílias e	Humanos: Professor Orientador do Projeto ; Enf. ^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros, pessoas/ famílias e elementos da equipa multidisciplinar	Indicadores: - Ter efetuado pelo menos uma visita ao serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; -Ter realizado pelo menos uma reunião informal com Enf. ^a Chefe; EER e restantes elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; - Ter consultado os documentos do serviço existentes: manuais/protocolos/normas/instrumentos de registo como os de transferência/alta hospitalar e de

ao nível da tomada de decisão; D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D1- Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8	outros elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; • Consulta de documentos do serviço: manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo; de transferência e alta hospitalar; de encaminhamento para a comunidade; • Observa a intervenção da EER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar; • Identifica as funções da EER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação; • Conhece os recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço, que possam ser	Materiais: Documentos do serviço (manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo e de alta/transferência e encaminhamento para a comunidade) Físicos: Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8 Temporais: Outubro de	encaminhamento para a comunidade; - Ter observado a intervenção e dinâmica da EER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador; - Ter identificado pelo menos três funções da EER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação; - Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço para serem mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; - Ter identificado pelo menos três procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família;
---	---	---	--	--

		mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; • Identifica os procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família; • Estabelece uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; • Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa/família; • Desenvolve o auto-conhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; • Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais;	2011 (Ver Cronograma no Apêndice nº 4).	- Ter estabelecido uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; - Ter estabelecido uma relação terapêutica com a pessoa/família; - Ter identificado pelo menos dois fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; - Ter reconhecido os seus recursos e limites pessoais e profissionais; - Ter colaborado nas decisões da equipa multidisciplinar; - Ter observado como funciona os serviços que articulam com a Neurocirurgia Piso 8: Consulta de Neurocirurgia; Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos e Bloco Operatório de Neurocirurgia, de modo a compreender os vários circuitos possíveis que a pessoa com patologia do foro neurocirúrgico pode ter à sua disposição no CHLN – HSM. Critérios de Avaliação:
--	--	--	--	--

		• Observa como se processa a tomada de decisão da equipe multidisciplinar; • Visita de observação à consulta de Neurocirurgia; à Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos e ao Bloco Operatório de Neurocirurgia, de modo a compreender os vários circuitos possíveis que a pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurocirúrgico pode ter à sua disposição no CHLN – HSM.		-Reflete de que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; -Reflete sobre as atividades e estratégias desenvolvidas e na sua importância para atingir o objetivo; -Presta cuidados de enfermagem e de reabilitação em articulação com a pessoa/família e os vários elementos da equipa multidisciplinar.		-Reflete de que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; -Reflete sobre as atividades e estratégias desenvolvidas e na sua importância para atingir o objetivo; -Presta cuidados de enfermagem e de reabilitação em articulação com a pessoa/família e os vários elementos da equipa multidisciplinar.
--	--	--	--	---	--	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A1.2- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B- Domínio da	2- Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família que se encontram a vivenciar processos de transição saúde/doença do foro sensório-motor/hemiplegia, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.	• Desenvolve o exercício profissional de acordo com o código deontológico; • Promove o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família; • Promove o direito da pessoa ao acesso à informação; • Promove o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; • Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à	Humanos: Enf.^a Chefe; EER; restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar; pessoa/família; Materiais: Código Deontológico; Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista; Regulamento das competências específicas do	Indicadores: -Ter desenvolvido uma prática de enfermagem, respeitando princípios éticos e deontológicos; -Ter promovido o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família; -Ter promovido o direito da pessoa ao acesso à informação; -Ter promovido o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação; -Ter colaborado com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família; -Ter participado nas reuniões de passagem de turno e na construção da tomada de decisão em equipa multidisciplinar e com base em princípios éticos e deontológicos;

melhoria da qualidade; 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; C- Domínio da gestão de cuidados; C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1- Otimiza o		pessoa/família; • Participar nas reuniões de passagem de turno e na construção da tomada de decisão em equipa multidisciplinar com base em princípios éticos e deontológicos; • Presta cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com necessidades de reabilitação às alterações do foro sensório-motor/ hemiplegia; • Envolve a família nos cuidados, no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas; • Reflete acerca das competências e práticas de	EER; Pareceres Ético-Legais da Ordem dos Enfermeiros; Pesquisa bibliográfica; Reuniões de passagem de turno; Físicos: Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8 Temporais: 9 de Outubro a 16 de Dezembro de 2011 (Ver Cronograma no Apêndice nº4).	-Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família em colaboração com a EER; -Ter envolvido a família nos cuidados, no sentido de assegurar a satisfação de necessidades culturais e espirituais; -Ter refletido acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento; Crítérios de Avaliação: - Reflete de que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento de competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família que se encontra a vivenciar processos de transição saúde/doença do foro sensório-motor/hemiplegia, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.
---	--	---	--	---

processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.		enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento;		-Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo; -Desenvolve competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família que se encontram a vivenciar processos de transição saúde/doença do foro sensório-motor/hemiplegia, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.
--	--	--	--	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; B- Domínio da melhoria da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;	3- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família, que lhe confere alterações nas suas necessidades de autocuidado (higiene pessoal; vestir/despir; vestir/despir;	• Demonstra conhecimentos científicos acerca de avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensório motor/hemiplegia e sua família; • Avalia o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro sensório motor /hemiplegia; • Avalia a pessoa com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação; • Identifica as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro sensório motor /hemiplegia e sua família, de modo a reeducar a função a nível da higiene pessoal; vestir/despir; mobilidade;	Humanos: Professor Orientador; Enf.ª Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar ; Enfermeiros Generalistas e Especialistas de Reabilitação da Comunidade; Pessoas	Indicadores: -Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca de avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensório motor/hemiplegia e sua família; -Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação a pelo menos três pessoas com patologia do foro sensório motor/hemiplegia; -Ter avaliado pelo menos três pessoas com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação; -Ter identificado as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro sensório motor /hemiplegia e sua família, de modo a reeducar a função a nível da higiene pessoal; vestir/despir; mobilidade; alimentação; eliminação e

B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;	mobilidade; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade), tendo em vista a promoção do seu autocuidado, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível.	alimentação; eliminação e sexualidade, para que possa realizar as AVD's de forma independente; - Identifica os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa que podem condicionar o seu autocuidado; - Identifica os fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa; - Articula com a Psicóloga/Assistente Social do serviço para avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade; - Intervém recorrendo aos	internadas e suas famílias; Materiais: Experiência da Enf. ^a Orientadora e da Equipa Multidisciplinar ; Matérias lecionadas nas disciplinas de Reabilitação I, II e III; Pesquisa Bibliográfica sobre a avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensorio-	sexualidade, para que possa realizar as AVD's de forma independente; -Ter identificado os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD's, de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter articulado com a Psicóloga/Assistente Social na avaliação dos aspetos psicossociais, que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter realizado intervenções recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa; -Ter utilizado os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre
J1-1- Avalia a funcionalidade e 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 autocuidado 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	sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, que pode ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação; Utiliza os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar autonomamente intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; Físicos: ESEL – Pólo Ravana Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Temporais: 9 de Outubro a 16 de Dezembro de 2011 (Ver Cronograma	motor e/ou respiratório; Instrumentos de avaliação; Planos de Cuidados realizados; Físicos: ESEL – Pólo Ravana Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Temporais: 9 de Outubro a 16 de Dezembro de 2011 (Ver Cronograma	técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar autonomamente intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; -Ter selecionado os produtos de apoio adequados às necessidades de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; - Ter concebido e implementado pelo menos três planos de intervenção/treino de AVD's com vista a uma reeducação funcional; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida; -Ter utilizado estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida;
---	---	---	--

sexualidade; J1.4- Avalia os resultados das intervenções implementadas; J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa; J3.1- Concebe e implementa programas de treino motor; J3.2- Avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados.		com hemiplegia, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida social e profissional, com vista à promoção da sua autonomia e autocuidado; • Concebe e implementa planos de intervenção/treino de AVD's com vista a uma reeducação funcional; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida; • Utiliza estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida; • Monitoriza e avalia os resultados das intervenções implementadas;	no Apêndice nº 4)	-Ter monitorizado e avaliado os resultados das intervenções implementadas; -Ter reformulado as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados; - Ter efetuado registos de enfermagem pertinentes; - Ter elaborado pelo menos três planos de cuidados globais/reabilitação adaptados à pessoa com hemiplegia e sua família. CrITÉrios de AvaliaÇão: -Reflete sobre o modo como as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família, que lhes conferem alterações nas suas necessidades de autocuidado (higiene pessoal; vestir/despir; mobilidade; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade), tendo em vista a promoção do seu autocuidado, restauração da função e
--	--	---	-------------------	---

		• Reformula as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; • Efetua registos de enfermagem pertinentes; • Elabora planos de cuidados globais/reabilitação adaptados à pessoa com hemiplegia e à sua família;		maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo; - Assume responsabilidades na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade, desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com patologia do foro sensório-motor e sua família. - Desenvolve perícia na execução das intervenções de enfermagem de reabilitação.
--	--	--	--	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
B- Domínio da melhoria da qualidade; 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; C- Domínio da gestão de cuidados; C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e	4- Capacitar a pessoa com patologia do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família para o autocuidado e para a reintegração comunitária a nível familiar, profissional e social, maximizando a utilização dos seus recursos pessoais, familiares e	- Entrevista a pessoa/família individualmente e/ou em conjunto para identificar as suas necessidades, preocupações e receios; - Articula com a Assistente Social do serviço para a avaliação dos recursos pessoais, familiares e sócio-económicos existentes em cada situação específica; - Identifica os fatores facilitadores e inibidores da reintegração comunitária da pessoa/família; - Identifica junto da pessoa/família as necessidades/barreiras arquitetónicas no domicílio, orientando para a eliminação das mesmas; - Participa na tomada de decisão	Humanos: Professor Orientador; Enf.^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar Pessoa/Família; a; Enfermeiros da Comunidade; Recursos da Comunidade; Materiais: Pesquisa	Indicadores: - Ter realizado pelo menos três entrevistas à pessoa/família individualmente e/ou em conjunto para identificar as suas necessidades, preocupações e receios; - Ter articulado com a Assistente Social do serviço na avaliação dos recursos pessoais, familiares e sócio-económicos existentes em pelo menos três situações; - Ter identificado os fatores facilitadores e inibidores da reintegração comunitária de pelo menos três pessoas/família, alvo dos meus cuidados; - Ter identificado necessidades/barreiras arquitetónicas no domicílio, orientando para a eliminação das mesmas em pelo menos três situações do cuidar; - Ter participado na tomada de decisão em equipa multidisciplinar no que respeita ao

seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J2.1- Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à	sociais.	em Equipa Multidisciplinar no que respeita ao planeamento da alta hospitalar; • Procura na comunidade os recursos comunitários disponíveis, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família; • Concebe e implementa programas de treino de AVD's tendo em conta as barreiras arquitetónicas que possam existir/surgir, visando a adaptação da pessoa/família às mesmas, bem como às suas limitações da mobilidade; • Avalia e reformula os programas implementados em função dos resultados esperados e dos contextos de vidas das pessoas/famílias. • Articula com os recursos da comunidade e com o enfermeiro	bibliográfica acerca da temática da Reintegração Comunitária; Experiências relatadas pela Enf. ^a Orientadora; Físicos: Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Temporais: 9 de Outubro a 16 de Dezembro (ver cronograma no Apêndice nº4)	planeamento da alta hospitalar; -Ter procurado na comunidade os recursos comunitários disponíveis que promovam a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família; -Ter concebido e implementado programas de treino de AVD's tendo em conta as barreiras arquitetónicas que possam existir/surgir, visando a adaptação da pessoa/família às mesmas, bem como às suas limitações da mobilidade; - Ter avaliado e reformulado os programas implementados em função dos resultados esperados e dos contextos de vidas das pessoas/famílias; -Ter articulado com os recursos da comunidade e com o enfermeiro da comunidade, de modo a promover a continuidade de cuidados; - Ter elaborado um folheto orientador para fornecer à pessoa/família, que complementa os ensinamentos realizados em contexto hospitalar com vista a melhorar o regresso a casa da pessoa
---	----------	--	--	--

maximização da autonomia e qualidade de vida; J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.		da comunidade, de modo a promover a continuidade de cuidados; • Elaboração de um folheto orientador para fornecer à pessoa/família, que complementa os ensinamentos realizados em contexto hospitalar com vista a melhorar o regresso a casa da pessoa com hemiplegia, promovendo o autocuidado e reintegração comunitária.	com hemiplegia. Crítérios de Avaliação: - Reflete de que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para capacitar a pessoa e sua família para o autocuidado e para a reintegração comunitária, maximizando a utilização dos recursos pessoais, familiares e sociais de forma a promover a sua reinserção familiar, profissional e social; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo.
--	--	--	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
B- Domínio da melhoria da qualidade; B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; C- Domínio da gestão de cuidados; C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na	B2 Promover a continuidade de cuidados, através da articulação com a comunidade, com vista à melhoria da reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com hemiplegia e sua família.	• Avalia a situação da pessoa com hemiplegia e sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária; • Referência/encaminha a pessoa com hemiplegia e sua família para outros prestadores de cuidados de saúde/recursos da comunidade; • Realiza notas de transferência/alta hospitalar de enfermagem de reabilitação; • Efetua contato telefónico prévio com a Unidade de Cuidados na Comunidade e com o Enfermeiro da Comunidade e, se existir, com	Humanos: Professor Orientador do Projeto; Enf.^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar; Enfermeiros Generalistas e Especialistas de Reabilitação da Comunidade; pessoas/família; Materiais: -Instrumento de registo de	Indicadores: -Ter avaliado a situação de pelo menos três pessoas com hemiplegia e sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária; - Ter referenciado/encaminhado a pessoa com hemiplegia e sua família para outros prestadores de cuidados de saúde/recursos da comunidade; - Ter realizado pelo menos três notas de transferência/alta hospitalar de enfermagem de reabilitação; - Ter efetuado pelo menos três contatos telefónicos prévios com a comunidade/enfermeiro de reabilitação da comunidade; - Ter recorrido a pelo menos três

equipa multiprofissional; J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J2.1- Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a	o Enfermeiro de Reabilitação da Comunidade; • Recorre a instrumentos de avaliação à pessoa com alterações sensório-motoras/hemiplegia; • Questiona/identifica junto da pessoa com alterações sensório-motoras/hemiplegia e sua família as condições habitacionais e do ambiente envolvente, de modo a direccionar os cuidados para as estratégias de eliminação e/ou minimização das barreiras arquitetónicas; para a melhoria da acessibilidade e da participação social, tendo em conta o contexto de vida da pessoa/família; • Partilha informações e esclarece dúvidas com a equipa multidisciplinar, com o Professor	transferência/ alta hospitalar e encaminhamento para a comunidade; Protocolos de Qualidade em vigor; Legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica; Telefone e fax para articulação com a comunidade; Computador com acesso à Internet e às Bases de Dados	instrumentos de avaliação à pessoa com alterações sensório-motoras/hemiplegia; - Ter questionado/identificado junto da pessoa com alterações sensório-motoras/hemiplegia e sua família as condições habitacionais e do ambiente envolvente, de modo a direccionar os cuidados para as estratégias de eliminação e/ou minimização das barreiras arquitetónicas; para a melhoria da acessibilidade e da participação social, tendo em conta o contexto de vida da pessoa/família; - Ter partilhado informações e esclarecido dúvidas com a equipa multidisciplinar. Professor e Enf.ª Orientadora acerca da temática da reintegração comunitária, através da discussão/reflexão de casos; - Ter pesquisado acerca da legislação, normas e técnicas promotoras da integração e participação cívica, com vista a informar a pessoa/família acerca dos seus
--	--	---	---

participação social.	Orientador do Ensino Clínico e com a Enf.^a Orientadora de local de estágio acerca da temática da reintegração comunitária, através da discussão/reflexão de casos. • Pesquisa sobre a legislação, normas e técnicas promotoras da integração e participação cívica, com vista a informar a pessoa e sua família acerca dos seus direitos e deveres; • Identifica as funções/intervenções do EER em contexto hospitalar e na comunidade; • Realiza notas de transferência/referenciação de enfermagem de reabilitação com vista a melhorar a articulação do enfermeiro de reabilitação do contexto hospitalar com o da comunidade tendo como base o	Internacionais para pesquisa bibliográfica; livros; trabalhos académicos; artigos científicos; teses de mestrado e doutoramento acerca da temática; Físicos: ESEL – Pólo Ravara; Biblioteca da ESEL; Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Temporais:	direitos e deveres; -Ter identificado pelo menos três funções/intervenções do EER em contexto hospitalar e na comunidade; -Ter realizado notas de transferência/referenciação de enfermagem de reabilitação com vista a melhorar a articulação do enfermeiro de reabilitação do contexto hospitalar com o da comunidade tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem; -Ter elaborado uma Folha Orientadora de Ensinos para Reintegração Comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família, que contemple todos os aspetos/ensinos a ter em conta na preparação para o regresso a casa. Crítérios de Avaliação: -Reflete de que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para promover a continuidade de cuidados, através da
----------------------	--	---	---

		Modelo de Enfermagem de Orem; • Elabora uma Folha Orientadora de Ensinos para Reintegração Comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família, que contemple todos os aspectos/ensinos a ter em conta na preparação para o regresso a casa, e que possa ser utilizada por todos os elementos da equipa de enfermagem de modo a uniformizar os cuidados e a promover a continuidade dos mesmos.	9 de Outubro a 16 de Dezembro de 2011 (Ver Cronograma no Apêndice nº4)	articulação com a comunidade, com vista à melhoria da reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com hemiplegia e sua família. -Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo; -Presta cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família na área da reintegração comunitária, integrando-os no plano global de cuidados; -Presta cuidados de enfermagem de reabilitação em articulação com os recursos e profissionais da comunidade, nomeadamente com o enfermeiro de reabilitação da comunidade.
--	--	---	---	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;	6- Aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família com vista à reintegração comunitária, assumindo	- Identifica necessidades formativas pessoais; - Identifica necessidades formativas da equipa/serviço; - Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados; - Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem; - Aplica os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família; - Partilha de saberes e experiências	Humanos: Professor Orientador do Projeto; Enf. ^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar; Enfermeiros Generalistas e Especialistas de Reabilitação da Comunidade; Materiais: Computador com	Indicadores: -Ter identificado necessidades formativas pessoais; -Ter identificado as necessidades formativas da equipa/serviço; - Ter usado tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados; - Ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem; - Ter aplicado os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com alterações do foro sensório-motor/hemiplegia e sua família;
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 e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou	responsabilidade de auto-formação.	com o Professor Orientador e a Enf. ^a Orientadora do Ensino Clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio; • Participação em ações de formação que possam surgir acerca da temática; • Realização de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem do serviço de Neurocirurgia Piso 8 para apresentação da Folha Orientadora de Ensino para Reintegração Comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família. qualidade dos cuidados prestados.	acesso à Internet e às Bases de Dados Internacionais; livros; trabalhos académicos; artigos científicos; teses de mestrado e doutoramento acerca da temática; Físicos: ESEL – Pólo Ravara; Biblioteca da ESEL; Serviço de Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Temporais: 9 de Outubro a 16	- Ter partilhado saberes e experiências com o Professor Orientador e a Enf.^a Orientadora do Ensino Clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio; - Ter participado em pelo menos uma ação de formação acerca da temática em estudo; -Ter elaborado uma sessão de formação à equipa de enfermagem do serviço de Neurocirurgia Piso 8 para apresentação da Folha Orientadora de Ensino para Reintegração Comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família. Crítérios de Avaliação: - Reflete de que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o aprofundar de conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área da reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia
---	------------------------------------	--	--	--

restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.			de Dezembro de 2011 (Ver Cronograma no Apêndice nº4).	e sua família; -Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo; -Assume responsabilidades de auto-formação e estimula a equipa multidisciplinar para a aprendizagem; -Demonstra conhecimentos teóricos em enfermagem de reabilitação na área da reintegração comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família; - Evidencia a teoria na prática; -Enuncia os cuidados de enfermagem de reabilitação adequados à situação da pessoa/família e à sua singularidade, integrando e mobilizando os conhecimentos na área da Reintegração Comunitária; -Promove a aprendizagem em contexto de trabalho.
--	--	--	--	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;	7-Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação	- Demonstra como aplica e mobiliza na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso; - Fundamenta os cuidados prestados, através dos registos dos ensinosa efetuados e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa com hemiplegia e sua família; - Justifica as opções, prioridades	Humanos: Professor Orientador; Enf.^a Chefe; EER; restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar; pessoas e suas famílias; Materiais: Reflexões das experiências vivenciadas em estágio Físicos: ESEL – Pólo Ravara Serviço de	Indicadores: -Ter demonstrado como aplica e mobiliza na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso; -Ter fundamentado os cuidados prestados, através dos: registos dos ensinosa efetuados e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa com hemiplegia e sua família; -Ter justificado as opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos; - Ter elaborado o relatório de estágio no
B- Domínio da melhoria da qualidade;				
C- Domínio da gestão dos cuidados;				
D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;				
J1- Cuida de pessoas com				

necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.		e planejamento dos cuidados definidos; • Elabora o relatório de estágio no qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado; • Descreve as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico e faz uma análise de todo o processo de formação; • Efetua um registo/reflexão dos momentos de aprendizagem; experiências vividas; intervenções desenvolvidas; e dificuldades sentidas, durante o estágio; • Identificar quais os aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem;	Neurocirurgia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 8; Serviço de Pneumologia do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9 Temporais: Fevereiro de 2013 (ver cronograma no Apêndice nº4)	qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado; -Ter descrito as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico e faz uma análise de todo o processo de formação; -Ter efetuado um registo/reflexão dos momentos de aprendizagem; experiências vividas; intervenções desenvolvidas; e dificuldades sentidas, durante o estágio; -Ter identificado quais os aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem, bem como para a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação; -Ter referido se os objetivos estabelecidos no projeto de formação foram atingidos no decorrer do estágio; -Ter identificado pelo menos duas
--	--	--	--	---

		bem como para a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação; • Refere se os objetivos estabelecidos no projeto de formação foram atingidos no decorrer do estágio; • Identifica oportunidades de melhoria; • Estabelece prioridades de melhoria; • Seleciona estratégias de melhoria pessoal e profissional.		oportunidades de melhoria; -Ter estabelecido pelo menos duas prioridades de melhoria; -Ter selecionado pelo menos duas estratégias de melhoria pessoal e profissional. Critérios de Avaliação: - Reflete de que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a elaboração do relatório de estágio; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo.
--	--	--	--	--

APÊNDICE IV – Guião de Entrevista NC

3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

Guião de Entrevista à Enf.^a Chefe do serviço de Neurocirurgia Piso 8 – HSM

- 1- **Quais as patologias mais frequentes no serviço?** As patologias mais frequentes no serviço são: Hematomas Cerebrais: Occipital e Epicranianos; Lesões Ocupando Espaço (LOE's); Hemorragias Sub-Aracnóideias e Sub-Durais; Traumatismos Cranio-Encefálicos (TCE's); Aneurismas; Gliomas; Neuronoma; Metástases Cerebrais; Hérnias Discas Lombares.
- 2- **Quais as sequelas das patologias mais frequentes?** As sequelas são as mais variadas a nível neuro-motor e sensitivo, tais como Hemiplegias; Hemiparésias; Afasias; Disfagias; Hipostesias.
- 3- **Qual o género, faixa etária, grau de alfabetização e estrato socioeconómico mais frequente das pessoas internadas?** A população internada tem um carácter muito diversificado dado ser um serviço de referência nacional, contudo há evidência de ser frequente estarem internados mais homens, devido a acidentes de viação e de trabalho.
- 4- **Qual o suporte familiar, psicológico, social e espiritual de que dispõem as pessoas internadas?** Dado ser um serviço de referência nacional, frequentemente estão internadas pessoas de várias regiões do país, o que por vezes dificulta o suporte familiar, na mediada em que os familiares não se podem deslocar todos os dias ao hospital, dada a distância e também por fatores associados à sua ocupação profissional e recursos económicos, visto as deslocações serem cada vez mais dispendiosas. Relativamente ao apoio psicológico, social e religioso é efetuado por profissionais que se deslocam ao serviço sempre a sua presença é solicitada fundamentalmente pela equipa de enfermagem e equipa médica, sempre que são detetadas necessidades nesse campo e sempre que o mesmo apoio seja solicitado pela pessoa/família.

- 5- **Quais as necessidades mais verbalizadas pelas pessoas internadas e pelas suas famílias no momento da Alta?** As necessidades mais detetadas prendem-se com a falta de informação/desconhecimento das patologias tanto por parte da pessoa como da sua família; Necessidades inerentes a como lidar com as sequelas decorrentes da patologia, principalmente no regresso a casa, muitas vezes manifestadas por medos/receios e ansiedade.
- 6- **Existe alguma Norma/Protocolo/Projeto que vise a Preparação para a Alta Hospitalar? Se sim como está organizado e como funciona?** Neste momento houve uma reformulação de serviços a nível da Instituição Hospitalar e a Enf.^a Chefe está no serviço há pouco tempo, daí referir não haver nada implementado e estar em plano para breve a reformulação de Normas nesse sentido. Deste modo, segundo a Enf.^a Chefe esta é uma temática que tem muito terreno para desbravar.
- 7- **Como se processa a articulação entre o serviço e os recursos da comunidade na Preparação para Alta Hospitalar?** Habitualmente apenas é efetuada articulação através do envio da Carta de Transferência de Enfermagem em papel pelo doente/família e por fax para a Unidade de Cuidados na Comunidade da área de residência onde pertence a pessoa em causa.

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação**

Unidade Curricular de Opção II

**Guião de Entrevista à Enf.^a Especialista de Reabilitação do serviço de
Neurocirurgia Piso 8 - HSM**

- 1- Quais as dificuldades sentidas a prestar cuidados como Enfermeira Especialista de Reabilitação?** As dificuldades sentidas prendem-se com a escassez de recursos humanos, uma vez que a Enf.^a Especialista de Reabilitação na ausência da Enf.^a Chefe tem que a substituir nas funções de gestão do serviço; escassez de recursos materiais como por exemplo de meios auxiliares da marcha.
- 2- Qual o papel da Enf.^a Especialista de Reabilitação no seu serviço?** Desempenha o papel de Enf.^a de Reabilitação, substitui a Enf.^a Chefe na sua ausência e sempre que necessário ajuda os restantes Enfermeiros da Equipa na prestação de cuidados.
- 3- Desempenha apenas funções de Especialista de Reabilitação?** Por norma sim e também desempenho funções de 2º elemento, substituindo a Enf.^a Chefe sempre que necessário.
- 4- Como Enf.^a Especialista de Reabilitação tem doentes atribuídos?** Por norma não, a não ser que o serviço esteja muito complicado. Os meus cuidados são direccionados para os doentes que necessitam da intervenção do Enfermeiro de reabilitação.
- 5- Como Enf.^a Especialista de Reabilitação como planeia o seu trabalho, tem algum método de trabalho estabelecido?** Através da Reunião de Ocorrências, pelas informações dos restantes Enfermeiros da Equipa, avalio as necessidades dos doentes e delimito prioridades.
- 6- Está implementado algum Programa de Reabilitação na pessoa com Hemiplegia? Se sim, como está organizado?** Neste momento, dada a reformulação dos serviços e dado estar há pouco tempo a exercer funções neste serviço, ainda não se está a implementar nenhum programa concretamente, vai-

se implementando à medida que vai sendo detetadas as necessidades dos doentes.

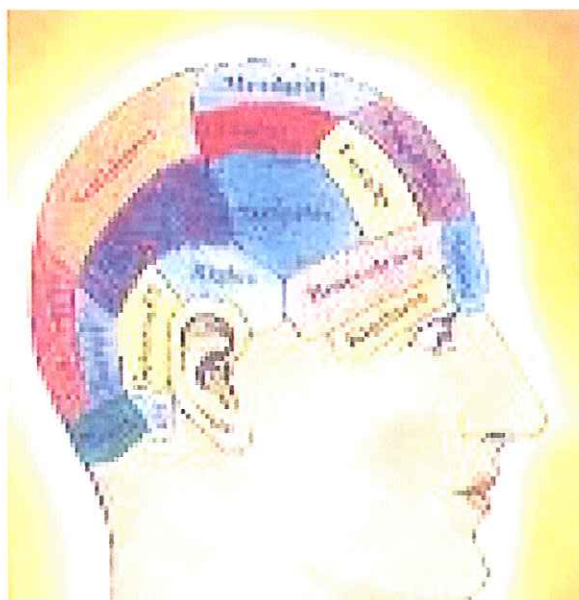
- 7- **Como se processa a articulação/relação/trabalho em equipa estabelecidos entre a Enf.^a Especialista de Reabilitação com os restantes elementos da Equipa Multidisciplinar?** Esta articulação tem funcionado bem, na medida em que se tem coordenado muito bem trabalho da Enf.^a Especialista de Reabilitação com os Fisioterapeutas, trabalhando em complementaridade; o mesmo acontece com Enfermeiros; Médicos e restantes elementos.
- 8- **Quais os recursos: humanos, materiais e temporais de que dispõe para prestar cuidados como Enf.^a Especialista de Reabilitação?** Os recursos são escassos na medida em que apenas existe uma Enf.^a de Reabilitação para dar apoio a todo o serviço, num total de 25 camas; com recursos materiais deficitários, num serviço com instalações velhas que precisam de obras de melhoramento; e também recursos temporais escassos para dar uma boa resposta às necessidades dos doentes e familiares.
- 9- **Quais os Métodos/Técnicas que mais utiliza na Reabilitação à pessoa com Hemiplegia?** Posicionamentos; Mobilizações; Atividades Terapêuticas; Transferências e Treino de Marcha e de AVD's. Quando por compromisso da mobilidade a parte respiratória também está afetada também são realizados exercícios de Reeducação Funcional Respiratória.
- 10- **Qual a articulação existente entre a Enf.^a Especialista de Reabilitação e os recursos na comunidade?** A articulação é efetuada como a dos restantes Enfermeiros Generalistas, através do envio da Carta de Transferência de Enfermagem via fax e sempre que possível e que se justifique efetuasse contacto telefónico com o colega da comunidade.
- 11- **Existe Folha de Avaliação/Registos de Enfermagem da Enf.^a de Reabilitação?** Existe uma Folha de Registos embora contemple escassez de informação.
- 12- **São utilizadas Escalas de Avaliação pela Enf.^a de Reabilitação? Se sim? Quais?** São utilizadas as Escalas de Monitorização de Úlceras de Pressão; Escala de Avaliação da Dor; Escala de Avaliação do Risco de Quedas; Escala de Comas; Escala de Avaliação das Atividades de Vida Diária, entre outras.

- 13-Quais as necessidades da pessoa com Hemiplegia no planeamento da alta hospitalar?** Treino de Marcha e de Atividades de Vida Diária; Readaptação da casa às limitações da pessoa.
- 14-Quais as maiores preocupações/receios da pessoa com Hemiplegia e da sua família/cuidador aquando do regresso a casa?** Adaptarem-se à sua nova condição física e à reestruturação dos papéis sociais e familiares. Saber quais os apoios de que dispõem; Receios relativos às condições do meio que lhes podem ser adversas; Preocupam-se em saber se vão recuperar as suas funções; A família preocupa-se em saber se vai conseguir lidar com esta nova condição no seio familiar.
- 15-Qual a importância atribuída à família na Preparação para a Alta da pessoa com Hemiplegia?** A família tem um papel preponderante e sempre que possível é envolvida nos cuidados e são-lhes realizados ensinamentos tendo em conta as limitações e necessidade de cada caso e de casa familiar.
- 16-Quais os sentimentos/receios/dificuldades mais verbalizado pela pessoa/famíliares/ cuidadores da pessoa com Hemiplegia durante a sua preparação para a alta e no momento de regresso a casa?** Medo de não recuperar, de não se conseguir adaptar; de não conseguir voltar a trabalhar e gerir a sua vida de modo autónomo; Medo do isolamento e exclusão social; Relativamente à família medo de não estar à altura de dar resposta às necessidades do seu familiar.
- 17-Que sugestão daria para tentar solucionar/ minimizar as dificuldades sentidas pela pessoa com Hemiplegia e seus familiares no regresso a casa?** Sugeria que fossem realizadas visitas domiciliárias conjuntas do Enfermeiro de Reabilitação e Assistente Social do meio hospitalar com os colegas da comunidade, de modo a compreender o contexto em que a pessoa vive, para assim se planearem intervenções/ensinamentos ao doente/família mais adequados, com vista a um regresso a casa com maior acompanhamento, segurança e autonomia.

APÊNDICE V – Plano de Cuidados NC

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA PISO 8 – HOSPITAL DE SANTA MARIA**

PLANO DE CUIDADOS



ELABORADO POR:

SANDRA MARISA DAS NEVES JOAQUIM N.º 4160

ENFERMEIRA ORIENTADORA:

ENFERMEIRA ANA PINHEIRO

PROFESSOR ORIENTADOR:

PROFESSOR JOAQUIM OLIVEIRA

2012

PLANO DE CUIDADOS

COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

PESSOA A CONTATAR: Marido Sr. J.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Hemorragia Parieto-Temporal Direita

DATA DO INTERNAMENTO: 13/10/12

MOTIVO DO INTERNAMENTO:

A Sr.^a E.S., 48 anos, inicia quadro de cefaleia frontotemporal bilateral com fotofobia que não cedeu ao Ibuprofeno motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência central onde realizou TC CE que revelou Hemorragia Subaracnoideia e Angiotac que revelou Aneurisma da Artéria Cerebral Média, tendo sido submetida a Craniotomia Pterional Direita a 24/9/12 com colocação de Drenagem Ventricular Externa (DVE) frontal direita e clipagem de aneurisma. Por volumoso Hematoma Parieto-Temporal Direito com efeito de massa marcado foi reoperada com reabertura de craniotomia pterional direita para evacuação de hematoma temporal, duroplastia e encerramento por planos sem osso à direita. No pós-operatório com recuperação lenta e progressiva do estado neurológico que foi complicada por vasoespasma da artéria cerebral. Não tolerou encerramento de DVE pelo que a 11/10/12 foi reoperada para remoção de DVE e colocação de Sistema Ventrículo Peritoneal frontal direito. A 13/10/12 a Sr.^a E.S é transferida da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos para o Serviço de Neurocirurgia internamento piso 8.

ANTECEDENTES PESSOAIS: HTA medicada mas não controlada; Artroplastia do joelho esquerdo por queda no trabalho, operada no Hospital Particular de Lisboa há cerca de 2 anos com recuperação da funcionalidade.

ALERGIAS: Desconhece

SITUAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL

PROFISSÃO: Supervisora numa Empresa de Limpezas

CONSTITUIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR: Vive com o marido (atualmente desempregado) e os 2 filhos (estudantes), uma rapariga de 19 anos e um rapaz de 21, sendo o único suporte económico da família no momento.

EXAME OBJETIVO

VISÃO: Diminuída, usa prótese ocular (óculos)

AUDIÇÃO: Mantida

COMUNICAÇÃO VERBAL: Disartria/Afasia de Nomeação de objetos

ESTADO MENTAL: Vígil, orientada na pessoa mas com períodos de desorientação no tempo e no espaço; períodos de sonolência mas despertável;

ESTADO EMOCIONAL: Períodos de Apatia

PUPILAS: Isocóricas e Isoreativas

RESPOSTA À DOR: Localiza a dor por períodos

SENSIBILIDADE: Diminuída a nível do hemicorpo esquerdo

TONICIDADE: Ligeiramente aumentada no hemicorpo direito e diminuída/ausente a nível do hemicorpo esquerdo

MOTILIDADE:

MEMBROS SUPERIORES com força normal à direita e plegia à esquerda

MEMBROS INFERIORES com força normal à direita e plegia à esquerda

PELE E MUCOSAS: Coradas e hidratadas

OXIGENAÇÃO/CIRCULAÇÃO: Eupneica sem tosse / Edema das extremidades a nível do hemicorpo esquerdo

ESTADO DE HIGIENE: Razoável

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

HIGIENE E CONFORTO: Dependente/Necessita de ajuda total

ALIMENTAÇÃO: Dieta Pastosa/ Mastiga com alguma dificuldade/ Sem disfagia/ necessita de ajuda parcial na alimentação na preparação dos alimentos, consegue alimentar-se por mão própria (mão direita), há períodos em que necessita de ser estimulada para mastigar e para engolir, ficam por vezes alimentos retidos na bochecha esquerda/parética

ELIMINAÇÃO VESICAL: Incontinência urinária, urina para a fralda

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: Incontinência fecal, antes da cirurgia sofria de obstipação

SONO E REPOUSO: Insónia

EXAME NEUROLÓGICO

ESTADO MENTAL

ESTADO DE CONSCIÊNCIA – A Sr.^a E.S. encontra-se vígil mas com períodos de sonolência e de confusão. Glasgow de 13 na Escala de Glasgow com abertura espontânea dos olhos (4); com resposta confusa por períodos (4); e com resposta motora em que localiza a dor (5).

ESTADO DE ORIENTAÇÃO – Autopsíquica mantida conseguindo dizer o nome e a sua profissão; Alopsíquica com alterações, relativamente à avaliação da orientação no tempo consegue dizer o ano mas erra no que diz respeito ao dia, mês e estação. Na dimensão espacial consegue dizer que está no hospital mas há períodos que diz estar em casa.

ATENÇÃO – Apresenta Hipoprosexia (diminuição da vigilância, tenacidade e concentração)

- **VIGILÂNCIA** - Hipovigil, uma vez que tem períodos em que se encontra desatenta em relação ao meio.
- **TENACIDADE** - Apresenta tenacidade diminuída uma vez que a capacidade de manutenção da atenção sobre uma tarefa específica sem se distrair é reduzida, distrai-se com facilidade.
- **CONCENTRAÇÃO** – Apresenta défice de concentração, não consegue manter a atenção voluntária em processos internos do pensamento ou em atividades mentais.

MEMÓRIA – Apresenta Memória Imediata e Recente de curto e longo prazo comprometidas; Memória remota mantida. Avaliadas com recurso à aplicação do MiniMentalState Examination (MMSE).

LINGUAGEM – Apresenta discurso espontâneo com compreensão aparentemente mantida, mas com dificuldades na nomeação e repetição por períodos; Leitura, linguagem elaborada e escrita comprometidas.

CAPACIDADES PRÁXICAS - Força, sensibilidade e coordenação mantidas a nível do hemicorpo direito e comprometidas a nível do hemicorpo esquerdo.

NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL UNILATERAL – Prova “de barragem”; Prova do desenho espontâneo;

PARES CRANIANOS

I – OLFATIVO

- Apresenta uma Hiposmia, uma diminuição da percepção dos cheiros;

II – ÓPTICO

- Sem alterações da acuidade visual e sem alterações do campo de visão;

III – MOTOR OCULAR COMUM/ IV – PATÉTICO/TROCLEAR E VI – MOTOR OCULAR EXTERNO

- Apresenta Isocoria com desvio conjugado do olhar para a direita;

V – TRIGÊMIO

- Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa diminuída nas três divisões do V nervo craniano a nível do hemicorpo esquerdo;

VII – FACIAL

Parésia facial à esquerda;

VIII – AUDITIVO/VESTIBULOCOCLEAR/ESTATO-ACÚSTICO

- Não apresenta alterações auditivas. Apresenta equilíbrio sentada instável;

IX – GLOSSOFARÍNGEO

- Não apresenta alterações;

X – VAGO/PNEUMOGÁSTRICO

- Apresenta períodos de hipofonia;

XI – ESPINHAL/ACESSÓRIO

- Esternocleidomastoideu à esquerda com Força Muscular de 2/5;
- Trapézio à esquerda com Força Muscular de 2/5;
- Esternocleidomastoideu à direita com Força Muscular de 4/5;
- Trapézio à direita com Força Muscular de 4/5;

XII – GRANDE HIPOGLOSSO

- Apresenta lateralização da língua para a esquerda;

MOTRICIDADE

FORÇA MUSCULAR – Avaliada segundo a Escala de Lower

- Apresenta Força Muscular de 4/5 em todos os segmentos articulares do hemicorpo à direita e Hemiplegia Flácida com Força Muscular de 0/5 em todos os segmentos articulares do hemicorpo esquerdo.

TÓNUS MUSCULAR — Avaliada segundo a Escala de Asworth

- Hemicorpo Direito com Hipertonia muito ligeira Grau 1
- Hemicorpo Esquerdo com flacidez

COORDENAÇÃO MOTORA

- Na avaliação dos Membros Superiores consegue apenas realizar a Prova Índex-nariz com o membro superior direito, uma vez que o membro superior esquerdo está com plegia;
- Na avaliação dos Membros Inferiores não consegue realizar a Prova calcanhar-jelho porque apresenta neglet do hemicorpo à esquerda e plegia desse hemicorpo;

SENSIBILIDADE SUPERFICIAL

- Apresenta sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida a nível do hemicorpo direito e diminuída (hipoalgesia) a nível do hemicorpo esquerdo;

SENSIBILIDADE PROFUNDA

- Apresenta sensibilidade de pressão ou barestesia; vibratória e postural mantidas a nível do hemicorpo direito e alterada a nível do hemicorpo esquerdo;

Sentido esteriognóstico alterado em ambos os lados;

EQUILÍBRIO

- Apresta equilíbrio estático sentada instável

MARCHA

- Impossível por equilíbrio estático e dinâmico instável sentada e em pé.

PLANO DE CUIDADOS DA SR.^a E.S.

PLANO DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
1- Alteração do estado de consciência relacionado com status pós drenagem de volumoso Hematoma Parieto-Temporal Direito com efeito de massa e manifestado por sonolência, lentificação psicomotora e dificuldade de concentração.	1- Que a Sr.ª E.S. recupere o estado vígil e a concentração.	• Avaliar o estado de consciência/alterações neurológicas usando a Escala de Glasgow vez por turno, e sempre que necessário; • Incentivar a Sr.ª E.S. a manter-se desperta, recorrendo à TV ou outras atividades que goste de desenvolver; • Manter um ambiente calmo com o mínimo de distrações e promover sempre a colaboração da Sr.ª E.S. nos cuidados e atividades terapêuticas desenvolvidas; • Chamar a Sr.ª E.S. pelo nome que gosta de ser chamada; • Explicar todos os procedimentos que se vão efetuar falando com a Sr.ª E.S. de forma clara, calma e pausada, certificando-se de que percebeu o que lhe	• Ao longo do internamento foi-se verificando uma melhoria no estado de consciência da Sr.ª E.S., com redução dos períodos de sonolência e de confusão no tempo e no espaço, estando por períodos mais longos concentrada nas atividades desenvolvidas; • Manteve sempre score 13 na Escala de Glasgow; • Esta evolução positiva foi igualmente observada a nível imagiológico através dos TC CE realizados. • A 18/10/12 o TC CE revelou redução da componente hemática parenquimatosa em topografia temporo-occipital direita, bem como dispersa no espaço subaracnóideo e no interior dos ventrículos laterais. Verifica-se reperfusão de alguns sulcos corticais

		está a ser transmitido; • Avaliar os Sinais Vitais uma vez no turno e sempre que se justifique; • Promover o levante diário; • Tentar compreender se descansa bem durante a noite porque a sonolência pode estar associada ao facto de não descansar durante a noite e ter alterações do padrão de sono-vigília; • Promover a presença da pessoa significativa, Sr. J. (marido) e envolver a família nos cuidados;	cerebrais bi-hemisféricos. É menor a herniação do parênquima encefálico através de defeito ósseo. Não há evidência de re-hemorragia nem hidrocefalia. Mínimo desvio esquerdo das estruturas da linha média. Persiste hipodensidade da substância branca subcortical e profunda fronto-temporo-opercular e da região núcleo basal à dita. Fina coleção hipodensa extra-axial parietal à direita, sem efeito de massa. • A 26/10/12 repete TC CE onde se observa atualmente discreta retração interna do parênquima do hemisfério cerebral direito na região do defeito ósseo correspondente à craniotomia. Reabsorção subtotal das densidades hemáticas intracranianas previamente descritas bem como re-expansão dos sulcos corticais, câmaras ventriculares adjacentes com associado realinhamento das estruturas da linha média. Não se identifica atualmente a pequena coleção isodensa sub-dural parietal direita.
--	--	--	---

		Sem sinais de re-hemorragia. • A 29/10/12 realiza Cranioplastia com rede de titânio que correu sem intercorrências, após a qual se observou melhoria do quadro de sonolência e de lentificação psicomotora.
2- Compromisso da mobilidade física relacionado com status pós drenagem de volumoso Hematoma Parieto-Temporal Direito com efeito de massa e manifestado por hemiplegia esquerda flácida, desvio conjugado do olhar e da cabeça para a direita e neglet do hemicorpo esquerdo.	2- Que a Sr.^a E.S. apresenta diminuição das complicações decorrentes da imobilidade a nível da função motora	• Avaliar a Força Muscular recorrendo à Escala de Lower diariamente; • Avaliar o Tónus Muscular recorrendo à Escala de Ashworth diariamente; • Alternância de decúbitos, de preferência de 2 em 2 horas, posicionando a Sr.^a E.S. em padrão anti-espástico, tendo especial atenção ao lado hemiplégico de modo a evitar contracturas, a capsulite adesiva (ombro congelado) e a queda do pé (pé equino); • Posicionar a Sr.^a E.S. de modo a contrariar o desvio da cabeça para a direita;
		• A 13/10/12 a Sr.^a E.S. iniciou o 1º levante que não tolerou devido a hipotensão e sensação de lipotímia; • Na avaliação de 17/10/12 apresentava hemiplegia flácida à esquerda com força muscular de 0/5 na Escala de Lower e a nível do hemicorpo direito apresentava força muscular de 4/5 em todos os segmentos articulares; • Na avaliação de 17/10 /12 apresentava tónus hipotónico flácido a nível do hemicorpo esquerdo e hipertonia muito ligeira no hemicorpo direito segundo a Escala de Asworth;

		• Evitar o decúbito dorsal pois estimula o aumento da espasticidade e há o risco de aspiração, dando preferência aos decúbitos laterais para o lado afetado e para o lado são; • Abordar a Sr.^a E.S. pelo lado afetado, de modo a evitar negligência do mesmo e a contrariar o desvio conjugado do olhar e da cabeça para o lado direito; • Abordar a Sr.^a E.S. pelo lado esquerdo de modo a contrariar o neglect do hemicorpo esquerdo, ajudando-a a readquirir aquele lado no seu esquema corporal; • Posicionar o membro superior afetado em posição anatômica, com a mão elevada acima do punho, e este, acima do cotovelo, para facilitar o retorno venoso e reduzir o edema, recorrendo a dispositivos auxiliares (almofadas, toalhas enroladas, sacos de areia, talas rígidas para a mão); • Evitar o excesso de pressão ou tração na	• A 17/10/12 inicia programa de mobilizações, inicialmente passivas em ambos os membros e posteriormente ativas assistidas e resistidas; Inicia também atividades terapêuticas e treino de equilíbrio sentada, apresentando sensibilidade e reflexos diminuídos a nível do hemicorpo esquerdo; • A 17/10/12 realiza levante com tolerância embora com tendência para hipotensão tendo sido comunicada situação ao Médico Assistente que otimizou a terapêutica anti-hipertensora com efeito; Tem realizado desde então levante diário com tolerância; • A 19/10/12 nota-se uma melhoria da postura da cabeça com diminuição da rotação para o lado direito, rodando a cabeça para o lado esquerdo com maior frequência, assim como apresenta uma melhoria da rotação externa do membro inferior esquerdo; • A 24/10/12 mantém hemiplegia flácida à esquerda com força muscular de 0/5 em todos os segmentos articulares à exceção da
--	--	--	---

		articulação escapulo-umeral, evitando a subluxação e contracturas de adução, assim como, evitar a rotação externa da articulação coxo-femural. Os calcanhares devem estar elevados relativamente ao colchão para evitar úlceras de pressão e reduzir a incidência de pé equino; • Iniciar os exercícios de amplitude articular o mais precocemente possível, mobilizações passivas nas 24 horas após a admissão, de preferência com o Sr. ^a E.S. desperta, atenta e com a sua colaboração, de modo a que visualize e pense no movimento; • Monitorizar a sua resposta às mobilizações passivas e modificar os exercícios se verificar aumento da TA, ou outras alterações hemodinâmicas; • Elaborar um programa de exercícios de mobilização, para todos os segmentos articulares, adequado à Sr.^a E.S. e às suas limitações. Inicialmente os exercícios são	articulação escapulo-umeral esquerda que na elevação/depressão e adução apresenta agora força de 1/5, assim como, nos dedos das mão esquerda que apresenta na flexão/extensão força muscular de 1/5; • A 25/10/12 melhoria da força muscular a nível da articulação escapulo-umeral esquerda passando para força 2/5; Articulação tibiotársica esquerda adquire força muscular de 1/5; • A 30/10/12 observou-se uma melhoria da força muscular do hemicorpo esquerdo tendo passado de plegia a parésia com melhoria na mobilização que vence a gravidade, embora ainda não vença a resistência; Apresenta força muscular de 2/5 a nível da articulação escapulo-umeral, cotovelo e dedos da mão esquerda; Força muscular de 1/5 a nível da articulação coxo-femural, joelho e tibiotársica; • A 30/10/12 apresenta um aumento do tónus muscular do hemicorpo esquerdo passando
--	--	---	---

		passivos em ambos os hemisférios, posteriormente são ativos do lado não afetado e ativos assistidos do lado afetado; • Os exercícios de mobilização devem ser realizados 2 a 3 vezes por dia e repetidos, no mínimo 10 vezes em cada movimento, assim como devem ser efetuados do segmento distal para o proximal, nunca descurando o hemisfério não afetado; • Avaliar a Dor pois os exercícios de mobilização devem ser executados até ao limite da dor, da fadiga e da tolerância/reação da pessoa; • Incentivar a Sr.^a E.S. a realizar exercícios no leito, nomeadamente o rolar na cama; carga no cotovelo; a automobilização dos membros superiores e a participar no seu autocuidado realizando a ponte e a rotação controlada da coxa-femoral como exercícios de preparação para o levante;	a ser de Grau I na Escala de Asworth. • Após o almoço tem sido sempre transferida para o leito e posicionada em padrão anti-espástico recorrendo-se aos decúbitos laterais para o lado são e afetado; • Ao longo do internamento tem-se verificado uma melhoria do neglect relativamente ao hemisfério esquerdo, na medida em que a Sr.^a E.S. apresenta crítica face àquele lado do corpo que não mexe e já o integra na sua imagem corporal, na medida em que já não se esquece tanto dele e como o mobiliza menos, vai buscá-lo com o lado não afetado; • Ao longo do internamento foi conseguindo realizar as atividades terapêuticas do rolar; ponte; carga no cotovelo e automobilização dos membros superiores com maior autonomia, ainda necessitando de ajuda parcial, supervisão e estimulação para a realização das mesmas; • Ao longo do internamento manteve sempre equilíbrio estático sentada instável, embora
--	--	---	---

		• Ensinar e estimular a realização de atividades terapêuticas como a facilitação cruzada; a carga no cotovelo e mão do lado afetado e treino do equilíbrio sentada no leito e em pé, para posteriormente se efetuar o treino de marcha; • Realização de correção de posturas corporais; • Promover períodos de repouso após a realização dos exercícios; • Iniciar levante para cadeirão/cadeira de rodas assim que possível, recorrendo ao uso de mesa de trabalho, a nível do abdômen, para proporcionar apoio ao braço e ombro afetado; • Posicionar o cadeirão de modo a que a TV fique do lado esquerdo de modo a estimular a Sr.^a E.S. a olhar para o lado afetado e a integrá-lo no seu esquema corporal; • Efetuar o levante e transferências com a	com alguma melhoria da instabilidade com a realização dos exercícios, no entanto apenas se tem conseguido fazer levante com carga a nível dos membros inferiores, e ainda não foi possível iniciar treino de marcha, apenas se tem realizado exercícios de preparação nesse sentido; • A 30/10/12 foi avaliada pelo Fisiatra com sugeriu encaminhamento para Fisioterapia, Terapia Ocupacional e para o CMR – Alcoitão; • Ao longo do internamento foram realizados ensinios ao marido da Sr.^a E.S. e a outros membros da família como a sua filha e a sua mãe, relativos à estimulação e abordagem pelo lado afetado; relativos aos posicionamentos e ao levante, assim como, ensinios de preparação para o regresso a casa, nomeadamente no que diz respeito à disposição do quarto;
--	--	---	---

		pessoa a SAIR da cama pelo lado afetado e ENTRAR pelo lado são; • Ensinar métodos de mobilização e transferências usando o membro com mais força para mover o lado afetado; • Enfatizar o uso de ambos os lados do corpo durante as atividades de vida diária e outras, incentivando os movimentos para o lado afetado, como lavar o hemicorpo afetado e/ou colocar creme na mão afetada; • Iniciar o treino de marcha assim que possível, utilizando os dispositivos auxiliares de marcha consoante as necessidades da Sr.^a E.S. (andarilho, canadianas, bengala) e incentivando-a a adotar uma postura corporal correta, favorecendo o tônus muscular; • Dispensar o tempo necessário para a Sr.^a E.S. realizar cada atividade; • Proporcionar a participação da família da Sr.^a E.S. nas atividades sempre que
--	--	---

		possível; • Encorajar a Sr.^a E.S. e dar sempre reforço positivo, valorizando os pequenos sucessos; • Envolver a família nos cuidados e ensinar exercícios para a estimulação do lado afetado bem como estratégias a adotar no regresso a casa para a reorganização da casa, nomeadamente na disposição do quarto;	
3- Presença de parésia facial da hemiface esquerda manifestada por desvio da comissura labial para a direita.	3- Corrigir/minimizar a presença de parésia facial da hemiface esquerda.	• Explicar à Sr.^a E.S., de acordo com o seu grau de compreensão, e à sua família, em que consiste a parésia facial e as suas consequências, esclarecendo sempre as suas dúvidas; • Ensinar à Sr.^a E.S. exercícios de reeducação da musculatura da face que ajudem a adquirir maior sensibilidade e mobilidade, tais como: unir e elevar as	• Ao longo do internamento com a realização dos exercícios de reeducação da musculatura da face foi-se notando uma melhoria da parésia facial com diminuição do desvio da comissura labial e consequente facilidade na realização dos exercícios. • Melhoria da expressão facial;

4- Alteração da comunicação relacionado com desvio da comissura labial para a direita e desvio da língua para a esquerda (disartria) e com afasia de nomeação.		sobrancelhas; enrugar a testa; fechar os olhos abruptamente; sorrir; mostrar os dentes; assobiar; soprar uma vela; encher a boca de ar; depressão do lábio inferior; massajar a bochecha com a língua; • Realizar exercícios com os lábios tais como: estalar os lábios; protruir os lábios; retrair os lábios; lateralizar os lábios; beber pela palhinha; • Estimular a Sr.^a E.S. a realizar estes exercícios várias vezes ao dia e de preferência em frente a um espelho; • Envolver a família na realização destes exercícios com a Sr.^a E.S.	• Ao longo do internamento houve uma melhoria da disartria sendo notório um discurso mais fluente; • Mantém ainda uma afasia de nomeação que o recurso ao fornecimento de pistas vai ajudando para que consiga identificar
4- Que a Sr.^a E.S. consiga estabelecer uma comunicação eficaz.	• Avaliar as dificuldades/limitações da Sr.^a E.S. na comunicação, distinguindo se tem afasia ou disartria; • Avaliar a acuidade auditiva e visual; • Mostrar disponibilidade para ouvir/falar com o Sr.^a E.S., recorrendo ao contacto		

		visual; • Dar o tempo necessário para a Sr.^a E.S. se expressar, não a interrompendo; • Promover um ambiente calmo para a comunicação e com luz suficiente, evitando ambientes ruidosos e distrações; • Falar com a Sr.^a E.S. de forma calma e pausada, de preferência abordando-o pelo lado afetado, para favorecer a sua estimulação e dando uma informação de cada vez com linguagem própria de adultos e demonstrando um comportamento não verbal compatível com o verbal; • Fazer perguntas simples que permitam respostas curtas, usando tempos verbais no infinitivo (comer/beber/levantar) e repetir a mensagem transmitida em voz alta; • Encorajar a Sr.^a E.S., se possível, a utilizar outros tipos de linguagem para se expressar, tais como: gestos; escrita	corretamente os objetos;
--	--	--	--------------------------

		(sendo que é dextra e a hemiplegia é a esquerda, esta forma de comunicar torna-se possível); desenhos; expressão facial; • Dar pistas à Sr.^a E.S. para ajudar na nomeação dos objetos; • Reforçar positivamente a Sr.^a E.S. a usar a sua capacidade de se expressar, de forma calma e passiva, para que possa ser melhor compreendido; • Reconhecer as frustrações da Sr.^a E.S., através da manutenção de uma atitude positiva; tranquilizando-a recorrendo ao toque; permitir que chore e que adote formas alternativas de expressão como cantar, pintar, desenhar e estimular para que não se isole ou que evite comunicar devido às dificuldades que sente; • Orientar a família para as formas alternativas de comunicação, explicando-lhes o motivo das reações da pessoa.	
--	--	--	--

5- Risco de alteração da integridade cutânea (úlceras de pressão/queimaduras) relacionado com hemiplegia e hipostesia do hemicorpo esquerdo e por incontinência urinária e fecal.	5- Que o Sr. A.T. não apresente alterações da integridade cutânea.	• Avaliar a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, uma vez por turno e sempre que necessário em ambos os hemicorpos e na face; • Efetuar posicionamentos frequentes no leito e cadeirão/cadeira de rodas, avaliando a tolerância e sensibilidade cutânea do doente; • Explicar à Sr.^a E.S. e ao seu esposo Sr. J. os riscos da não alternância de decúbitos para a integridade cutânea, bem como dos perigos das alterações da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa; • Vigiar a integridade cutânea para prevenir alterações, bem como da mucosa oral; • Promover sempre a segurança do hemicorpo esquerdo em todos os procedimentos (cuidados de higiene/ posicionamentos/ levante/ transferências); • Estimular a Sr.^a E.S. para não se esquecer	• A Sr.^a E.S. manteve sempre ao longo do internamento a diminuição da sensibilidade a nível do hemicorpo esquerdo mais acentuada a nível dos membro inferior; • Não apresentou alterações da integridade cutânea à exceção de uma maceração a nível da região perianal que reverteu com aplicação de creme protetor e de algáliação temporária; • Realizados ensinios à família de preparação para o regresso a casa;
---	---	--	--

		do membro afetado e ir sempre buscá-lo para não ficar esquecido no levante e transferências; pendurado no cadeirão ou entalado por debaixo do corpo no leito; • Promover uma nutrição e hidratação adequada, recorrendo a suplementos proteicos/energéticos, se necessário; • Utilizar e estimular o uso de substâncias que mantenham a pele hidratada e com um bom grau de elasticidade; • Nos ensinos de preparação para o regresso a casa alertar o Sr. J. para quando surgir uma zona de rubor, não massajar essa zona nem a pressionar, apenas deve massajar a pele circundante; • Usar, se necessário, materiais de prevenção de úlceras de pressão, tais como colchão de gel ou de pressão alterna; almofadas de gel; proteção para os calcanhares ou cotovelos, tendo em conta o grau de risco da Sr.ª E.S.; • Ensinar a Sr.ª E.S. e o Sr. J. para no
--	--	--

		regresso a casa estejam atentos ao mobiliário com vértices e de preferência protegê-los; • Verificar sempre a temperatura da água devido à diminuição da sensibilidade do lado hemiplégico, evitando deste modo, lesões por queimadura. • Avaliar a temperatura dos alimentos às refeições, validando a mesma com o lado são; • Ensinar a Sr.^a E.S. e Sr. J. a evitar a exposição a fontes de calor ou de frio extremos (aquecedores/lareiras): • Reforçar todos os ensinios à Sr.^a E.S e Sr. J., validando-os e esclarecendo dúvidas de modo a prepará-los para o regresso a casa; • Efetuar mudanças de fralda frequentes e respetivos cuidados à pele de limpeza e hidratação; • Estipular horários para as deslocações à casa de banho de modo a reduzir os
--	--	---

6- Risco de queda relacionado com hemiplegia à esquerda e neglet do hemicorpo esquerdo.	6- Que a Sr.^a E.S. não apresente quedas e /ou lesões decorrentes das mesmas.	descuidos acidentais;	• Ao longo do internamento não houve ocorrência de quedas; • Realizados ensinios à família de prevenção de riscos e de preparação para o regresso a casa;
		• Consciencializar a Sr.^a E.S. e o Sr. J. das suas limitações; • Manter a cama baixa e as grades elevadas no leito e utilizar imobilizadores se necessário; • Colocar os objetos de fácil acesso à pessoa e reforçar que peça ajuda sempre que precisar, deixando a campainha à vista e de fácil acesso (lado não afetado); • Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico da Sr.^a E.S., tanto sentado como em pé, em cada turno; • Efetuar ensinios à Sr.^a E.S. e Sr. J. sobre as transferências: da cama para cadeira de rodas pelo lado afetado e da cadeira de rodas para a cama pelo lado são; • Realizar ensinios à Sr.^a E.S. e Sr. J. acerca	

		da correta utilização da cadeira de rodas (retirar os braços da cadeira apenas para as transferências, travar sempre a cadeira quando estiver parada e virar as rodas pequenas para a frente para não haver o risco de a cadeira virar); • Alertar a Sr.^a E.S. e Sr. J. acerca do risco das escadas e explicar como subir e descer as mesmas (o membro são é sempre o primeiro a subir e o último a descer); • Ensinar a Sr.^a E.S. e Sr. J. acerca da adaptação às barreiras arquitetônicas e obstáculos que possam surgir (mobiliário, tapetes, pisos escorregadios, acessos), bem como da melhor disposição da cama, mesa-de-cabeceira para estimular o lado afetado; • Ensinar a família para que em casa reduzam ao máximo as mobílias e os obstáculos; • Ensinar à Sr.^a E.S. e ao Sr. J. a melhor
--	--	---

		forma de entrar na banheira pelo lado são e a sair pelo lado afetado; • Incentivar o uso de vestuário que não limite os movimentos e o uso de calçado com sola antiderrapante;	
7- Risco de aspiração de alimentos relacionado com alterações no VII e XII Par craneano manifestado por desvio da comissura labial para a direita e desvio da língua para a esquerda.	7- Que a Sr.^a E.S. não apresente complicações associadas à dificuldade de deglutição e consiga alimentar-se e hidratar-se em segurança.	• Avaliar a capacidade de controlo da cabeça da Sr.^a E.S. na posição de sentada; a simetria da face e dos lábios; a capacidade para fechar os lábios firmemente; a simetria interna da boca e o estado geral dos dentes; • Verificar se utiliza prótese dentária; • Avaliar o reflexo de deglutição em cada turno e às horas das refeições; • Promover um ambiente calmo no horário das refeições de modo a aumentar a concentração da Sr.^a E.S. numa deglutição eficaz, diminuindo assim o	• Ao longo do internamento não houve complicações associadas à deglutição; • A Sr.^a E.S. conseguiu alimentar-se e hidratar-se razoavelmente ao longo do internamento, por vezes ingeria pequenas menores quantidades do prato ao almoço uma vez que segundo o seu marido tinha o hábito de almoçar uma refeição rápida no trabalho; • Inicialmente a Sr.^a E.S. distraía-se bastante durante a refeição quando esta se realizava na sala de estar dos doentes, como estratégia para contornar esta situação

		risco de aspiração por distração; • Captar a atenção da Sr.^a E.S. nas horas de refeição de forma a estimular ao máximo a sua colaboração, explicando-lhe todo o procedimento; • Colocar os alimentos no campo visual da Sr.^a E.S., tendo a certeza de que visualiza toda a refeição, sendo que inicialmente, uma vez que a Sr.^a E.S. apresenta negligência do lado afetado, devemos abordá-la pelo lado não afetado; • Verificar sempre o reflexo de deglutição com a cabeceira da Sr.^a E.S. elevada (Posição de Fowler), posicionado de forma correta no leito ou de preferência sentado numa cadeira; • A cabeça e o pescoço devem estar ligeiramente inclinados para a frente para facilitar a elevação da laringe e os movimentos posteriores da língua; • Estar atento aos sinais de disfagia e de uma aspiração silenciosa (tosse seca e	optou-se por as refeições passarem a ser realizadas no quarto num ambiente mais tranquilo e com menos distrações, o que surtiu efeito. Esta medida foi bem aceite pela família que se demonstrou colaborante neste sentido; • Efetuados ensinios à família relativos à prevenção de riscos associados com a alimentação e hidratação, com o objetivo de preparação para o regresso a casa;
--	--	---	---

		persistente, gorgolejo, olhos lacrimiejaes, rouquidão, diminuição do tom e timbre de voz, respiração audível, dispneia, dor no peito, sialorreia, rubor facial, etc.), ensinando-os ao Sr. J e validando-os; • Alimentar apenas com a cabeça elevada e efetuar a flexão do pescoço e virar a cabeça para o lado afetado, no caso de disfagia; • Iniciar a primeira refeição com dieta pastosa para verificar se apresenta o reflexo de deglutição mantido e/ou disfagia; • Utilizar espessantes se necessário (farinha maezena). • Incentivar a Sr.^a E.S. a comer pequenas quantidades de alimentos e mastigá-los bem, recorrendo numa fase inicial à alimentação recorrendo à mão não afetada e posteriormente estimular a alimentação com a mão afetada;
--	--	---

		• Estimular a Sr.^a E.S. a colocar os alimentos no lado não afetado da boca, caso os alimentos se desloquem para o lado afetado ensiná-la a empurrar os alimentos como dedo para o lado são; • Ensinar a Sr.^a E.S. a pensar em todo o processo, encorajando-o a mastigar e a deglutir utilizando palavras de orientação “pense só em engolir”, e dando reforço positivo; • Efetuar uma higiene oral antes da refeição, de modo a estimular a secreção de saliva, bem como após, para prevenir mau hálito, infecção e doenças das gengivas e dentes; • Manter a cabeça elevada após as refeições, pelo menos trinta a quarenta e cinco minutos; • Verificar no final de cada refeição e sempre que se justifique se não ficam alimentos retidos na cavidade oral; • Evitar o uso de palhinhas;
--	--	---

		• Utilizar equipamento adaptativo, se necessário; • Disponibilizar tempo necessário para a realização das refeições; • Realizar com a Sr.^a E.S. <u>exercícios para aumentar a força dos lábios</u> (estalar os lábios; protruir os lábios; retrain os lábios e lateralizar os lábios); <u>exercícios para aumentar a resistência da língua</u> (lateralizar a língua; elevar a língua em direção ao palato duro; protruir e retrain a língua; vibrar a língua e empurrar as bochechas com a ponta da língua); <u>exercícios para o palato mole</u> (soprar, sugar e emitir sons); <u>exercícios de controle do bolo alimentar</u> (lateralizar a língua durante a mastigação; elevar a língua em direção ao palato duro; modelar a língua em volta do bolo para segurar de forma coesa); <u>exercícios de manobras posturais de flexão e hiperextensão da cabeça durante a</u>
--	--	---

		deglutição; • Nunca deixar a Sr.^a E.S. sozinho, durante as refeições; • Reforçar todos os ensinamentos supracitados à Sr.^a E.S., ao seu marido e restante família, preparando-os para o regresso a casa.
8- Compromisso do Autocuidado relacionado com Sequelas de Hemorragia Parieto-Temporal Direita-Hemiplegia esquerda/Hipostesia.	8- Que a Sr.^a E.S. adquira uma maior autonomia para a realização das suas AVD'S (Atividades de Vida Diária).	• Avaliar a capacidade funcional da Sr.^a E.S. para realizar o autocuidado/satisfação das suas AVD's com recurso ao Índice de Barthel; • Incentivar a colaboração da Sr.^a E.S. na realização das suas AVD'S durante o internamento, promovendo ao máximo o seu autocuidado; • Disponibilizar o tempo suficiente para a realização de cada atividade, de modo a não sentir-se pressionada; • Promover o máximo de autonomia na
		• A Sr.^a E.S. apresentou um score de 2 no Índice de Barthel, necessitando de ajuda total na realização das AVD'S; • Ao longo do internamento foi sempre estimulada para realizar o seu autocuidado e para ir realizando as pequenas coisas de que consegue fazer de modo a motivá-la e a sentir-se útil e menos dependente; • Conseguiu realizar pequenas atividades do seu autocuidado, nomeadamente lavar algumas partes do corpo; lavar os dentes; e alimentar-se com mão própria, apenas

		realização de certas atividades tais como: cuidados de higiene, escovar o cabelo, lavar os dentes, vestir e despir, comer e beber, transferências da cadeira de rodas para a banheira, entre outras; • Explicar à Sr.^a E.S. que o processo para readquirir autonomia é demorado de modo a não desencorajá-la; • Demonstrar cada atividade à Sr.^a E.S. e observá-la a executá-la, através de um ensino por etapas com planeamento de modo a que aprenda uma parte da atividade antes de partir para a seguinte, sempre com o apoio e incentivo constantes da equipa de enfermagem; • Reforçar a importância dos cuidados de higiene orais, devido à possibilidade de retenção de alimentos do lado parético; • Ensinar à Sr.^a E.S. e seu marido as técnicas corretas de transferência para realização dos cuidados de higiene no domicílio (banheira), tais como:	necessitando de ajuda na preparação da refeição e de estimulação para mastigar e engolir; • Os cuidados de higiene foram realizados com maior regularidade no leito mas foi também ao duche para iniciar treino de AVD'S, no entanto surgiram algumas dificuldades relacionadas em grande parte com o equilíbrio sentada ser instável; • Foram efetuados ensinios à família relativamente à realização das AVD'S, ensinando-se estratégias para contornar o neglect do hemicorpo esquerdo;
--	--	---	--

		➤ Entrar na banheira pelo lado são e sair pelo lado afetado; ➤ Usar, se possível, dispositivos auxiliares como por exemplo barras de apoio lateral, chuveiro com mangueira flexível e tapete antiderrapante; • Ensinar à Sr.^a E.S. e seu marido as técnicas de vestir e despir no leito e cadeira de rodas, alertando para os seguintes aspectos: ➤ Colocar a roupa pela ordem em que se vai vestir, sendo que o lado afetado deve ser o primeiro a vestir e o último a despir; ➤ Vestir as calças no leito, se ainda necessitar de ajuda total no levante; ➤ Usar roupa folgada com fecho anterior, se possível de velcro, de modo a facilitar esta atividade, sendo que se possível deve ser a Sr.^a E.S. a escolher a roupa e de
--	--	--

		preferência manter o mesmo vestuário que utilizava antes da situação de doença atual, de modo a promover a sua autoestima; ➤ Usar calçado ajustável e com solas antiderrapante; • Ensinar à Sr.^a E.S. e ao seu marido as técnicas a utilizar na atividade de comer e beber, como por exemplo: ➤ Usar prato com altura de um dos lados; ➤ Usar talheres de cabo grosso devido à dificuldade de preensão; • Informar sobre como adquirir os dispositivos auxiliares, que facilitem a realização das AVD'S e que estes sejam adequados às suas necessidades reais; • Envolver sempre a família na realização destas atividades, reforçando que esta não deve substituir a Sr.^a E.S. na realização das mesmas.
--	--	--

9- Alteração do padrão de eliminação vesical relacionado com sequelas pós Hemorragia Parieto-Temporal Direita manifestado por incontinência urinária.	9- Que a Sr.^a E.S. readquirir um padrão de eliminação vesical normal.	• Conhecer os hábitos de eliminação vesical da Sr.^a E.S. antes da situação de doença atual; • Não compreender a Sr.^a E.S. pelas perdas de urina; • Incentivar o uso da arrastadeira, garantindo que esta seja fornecida atempadamente e de fácil acesso (do lado não afetado); • Elaborar um plano de ingestão hídrica; • Diminuir a ingestão de líquidos a partir das 19 horas; • Definir horários para as micções (2 em 2 horas), lembrando à Sr.^a E.S. que tem vontade de urinar e alargando posteriormente o horário até que esta tenha controle sobre as mesmas; • Antecipar a micção de modo a reduzir as perdas involuntárias; • Observar e registrar as características, quantidade, local e horário das micções;	• Ao longo do internamento observou-se uma melhoria da incontinência urinária da Sr.^a E.S. no sentido em que já pedia para ir à casa de banho por períodos, no entanto apresentou ainda micções para a fralda; • Realizados ensinios à família com o objetivo de preparação para o regresso a casa;
--	---	---	---

10- Alteração do padrão de eliminação intestinal relacionado com sequelas pós Hemorragia Parieto-Temporal Direita manifestado por incontinência fecal.		• Reforçar de forma positiva a Sr.^a E.S. ao longo de todo o processo; • Envolver a família neste processo, reforçando os ensinamentos já realizados à Sr.^a E.S.	
10- Que a Sr.^a E.S. readquirir um padrão de eliminação intestinal normal.		• Conhecer os hábitos de eliminação intestinal da Sr.^a E.S. antes da situação de doença atual; • Incentivar o uso de arrastadeira, promovendo o máximo de privacidade aquando da utilização da mesma; • Promover uma dieta rica em fibras e uma ingestão de líquidos adequada, cerca de 1,5L por dia; • Definir horários para as dejeções, se possível, de preferência após as refeições e após o levantar, estimulando o reflexo gastro e orto-cólico; • Usar estratégias para melhoria do padrão intestinal, tais como massagem	• Ao longo do internamento observou-se uma melhoria da incontinência fecal da Sr.^a E.S. no sentido em que já podia para ir à casa de banho por períodos, no entanto apresentou ainda dejeções para a fralda; • Realizados ensinamentos à família com o objetivo de preparação para o regresso a casa;

		abdominal na direção do fluxo intestinal, estimulação digital se necessário e promover o uso de laxantes e supositórios prescritos (evitando a manobra de valsava) e monitorizar a sua eficácia; • Observar e registar as características, quantidade, local e horário das dejeções; • Efetuar alternância de decúbitos frequente, promovendo a sua automobilização no leito e levantar assim que possível, diminuindo os efeitos da imobilidade no padrão intestinal; • Reforçar de forma positiva a Sr.ª E.S. ao longo de todo o processo; • Envolver a família da Sr.ª E.S. neste processo, reforçando ensinamentos das técnicas supracitadas;	
--	--	---	--

11- Déficit de conhecimentos relacionado com o estilo de vida adotado manifestado por alimentação inadequada, sedentarismo, excesso de peso, tensão arterial medicada mas não controlada e stress profissional.	11- Que a Sr.^a E.S. adquira conhecimentos que a permitam adotar um estilo de vida mais saudável aquando do regresso a casa.	• Incentivar a Sr.^a E.S. a adquirir hábitos de vida saudável, explicando a sua importância; • Explicar a importância de fazer uma alimentação saudável e equilibrada, ingerindo pequenas quantidades de alimentos várias vezes ao dia de forma diversificada, evitando gorduras saturadas, fritos e açúcares em excesso; • Incentivar a redução da ingestão de sal, sugerindo o uso de limão, especiarias, ervas aromáticas como substituto do sal; • Envolver a Fisioterapia no processo de reabilitação, de modo a estabelecer um exercício físico regular, adequado às necessidades/limitações/preferências do Sr.^a E.S.; • Explicar à Sr.^a E.S. a importância de uma vigilância regular da tensão arterial, bem como o cumprimento da medicação prescrita; • Incentivar a Sr.^a E.S. a recorrer a	• Realizados ensinios à Sr.^a E.S., seu marido e família significativa com o objetivo de adquirirem os conhecimentos necessários para melhorar o estilo de vida adotado aquando do regresso a casa;
--	---	---	---

12- Alteração dos papéis familiares relacionada com a situação atual de dependência da Sr.^a E.S. manifestado por incapacidade para exercer o seu papel de principal suporte económico da família.		estratégias de coping de modo a diminuir o stress causado pela atividade profissional; • Envolver o marido e família da Sr.^a E.S. nos ensinamentos acima referidos.	
12- Que a família da Sr.^a E.S. consiga se reorganizar para conseguir fazer face à incapacidade da Sr.^a E.S. para exercer o seu papel de principal suporte económico da família.		• Demonstrar disponibilidade para esclarecer as dúvidas da família relativamente à situação de doença, dependência e prognóstico de reabilitação da Sr.^a E.S., de modo compreender e responder às necessidades da família; • Encorajar a família para expressar os seus sentimentos e receios relacionados com as alterações que a doença da Sr.^a E.S. implicará no sistema, estrutura e papéis familiares; • Compreender junto do marido da Sr.^a E.S. qual a dinâmica, estrutura e papéis familiares;	• Ao longo do internamento a família esteve sempre bastante presente e em contante contato com a equipa de enfermagem, médica e assistente social; • Observou-se que as estratégias de coping adotadas pela família estão a ser eficazes para lidarem de forma positiva com a atual situação de dependência da Sr.^a E.S.; • A família esteve sempre envolvida no processo de reabilitação da Sr.^a E.S. e bastante receptiva aos ensinamentos realizados pela equipa de preparação para o regresso a casa; • Demonstram sempre vontade de receber em casa enquanto aguardará vaga em

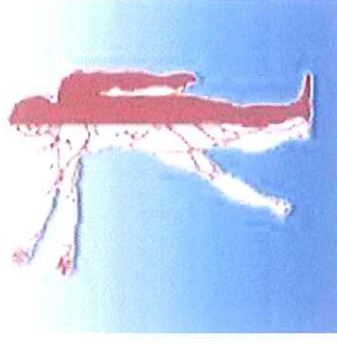
		• Identificar os mecanismos de coping e as expectativas da família da Sr.^a E.S. face à nova situação de dependência; • Estimular a participação/envolvimento da família da Sr.^a E.S. no processo de reabilitação da Sr.^a E.S., bem como na tomada de decisão relativa aos cuidados a prestar à Sr.^a E.S.; • Preparar o marido da Sr.^a E.S. e sua família para o regresso a casa, ajudando na readaptação do espaço domiciliar às novas necessidades da Sr.^a E.S.; • Encaminhar o marido da Sr.^a E.S. para a Assistente Social para adquirir apoios; • Orientar para aquisição de produtos de apoio que façam face às necessidades de reabilitação da Sr.^a E.S..	Alcoiã para dar continuidade ao processo de Reabilitação.
--	--	---	---

APÊNDICE VI – Panfleto Hemiplegia

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA PISO 8 DO HOSPITAL DE SANTA MARIA



TREINO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA



**OUTUBRO
2012**

- Na fase inicial incentivar a pessoa a alimentar-se usando a mão sã e posteriormente a mão afetada;
- Promover um ambiente calmo com a pessoa sentada e estimulá-la a colocar os alimentos na boca no lado sã, criando condições de concentração para que haja coordenação do mastigar, respirar e deglutir, pedindo-lhe para deglutir várias vezes, de forma a permitir uma deglutição completa;
- Se houver dificuldade na deglutição dos líquidos (disfagia) pode-se recorrer a espessantes para aumentar a consistência dos líquidos.

ELIMINAÇÃO VESICAL E INTESTINAL

- A incontinência urinária e intestinal pode estar presente. Estabeleça uma hora habitual para a eliminação, tendo em conta os hábitos anteriores da pessoa ou criando oportunidade de imediato após as refeições e antes de dormir;
- Aliviar a ansiedade da pessoa para que se sinta à vontade para pedir o urinol, arrastadeira ou transferência para a casa de banho, não valorizando nem punindo os descuidos;
- Estar atento a eventuais alterações das características da urina/dejecção;

**NÃO SUBSTITUA O SEU FAMILIAR
APOIE E INCENTIVE-O a encontrar estratégias
para contornar as suas limitações**

Em caso de dúvidas!

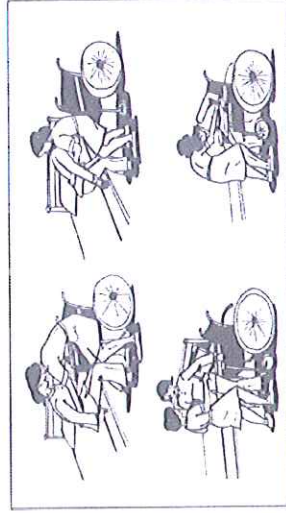
Poderá contactar a **Equipa de Enfermagem do Serviço de Neurocirurgia Piso 8 do Hospital de**

Santa Maria

Telefone : 217805228

Elaborado por: Sandra Joaquim (Aluna da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da ESEL)
Enfermeira Chefe: Adelaide Lavado
Enfermeira Orientadora: Ana Pinheiro

- Coloque a cadeira de rodas perto da cama com as rodas travadas;
- Remova eventuais obstáculos (apoios para os braços; apoio para os pés);
- Peça à pessoa que olhe para os pés, inclinando o tronco para a frente fazendo força nas pernas durante a transferência, o que facilita a passagem da posição de sentada para a posição de pé; Utilize preferencialmente os seus músculos das pernas e das ancas e em primeiro flita e depois estenda lentamente os joelhos ao levantar a pessoa;
- Contrabalance o peso da pessoa com o seu próprio peso e sustente o joelho da pessoa entre os seus próprios joelhos/pernas para orientar o movimento;



Transferência de dentro hemiplégica da cama, para a cadeira de rodas. Execução com ajuda parcial em dependência, mas dependente.

Na cadeira de rodas usar uma mesa de trabalho ajustada ao nível da barriga para proporcionar apoio ao braço e ombro afetados.

ALIMENTAÇÃO (COMER E BEBER)

- Incentivar a pessoa a alimentar-se usando mão própria, respeitando o seu ritmo e confirmando sempre que não ficam alimentos alojados na cavidade oral no lado afetado de modo a reduzir o risco de aspiração de alimentos para a parte respiratória;
- Usar material antiderrapante por debaixo do prato; copos de fácil preensão e talheres com cabos engrossados;
- Respeitar a Dieta de acordo com a prescrição.

OBJETIVO DO PANFLETO

Ajudar a pessoa e familiares no regresso a casa quando há situações de diminuição/ausência da força dos membros, que pode ocorrer num dos lados do corpo (hemiparésia/hemiplegia).

POSICIONAMENTOS NA CAMA

- No **Decúbito Dorsal (de costas)**, o braço afetado fica esticado e apoiado numa almofada, com a palma da mão virada para cima. Na perna afetada coloca-se uma almofada debaixo da anca e coxa para evitar que a perna rode para fora. Esta posição deve ser utilizada por curtos períodos e na alimentação com a cabeceira da cama elevada.



- No **Decúbito Lateral sobre o lado sã**, o braço afetado fica apoiado e esticado sobre uma almofada com a mão virada para baixo e com os dedos esticados e afastados. A perna afetada fica apoiada sobre uma almofada à frente da sã, com ligeira flexão da anca e joelho.



- No **Decúbito Lateral sobre o lado afetado**, o braço afetado fica apoiado e esticado na cama com a mão aberta virada para cima e os dedos afastados. A perna afetada fica em ligeira flexão da anca e joelho, colocando-se uma almofada na perna sã para conforto e prevenção de feridas.

Esta posição é a que mais favorece a recuperação.



Mudanças de posição na cama frequentes, de 3 em 3 horas, respeitando os períodos de descanso e o da noite para **aliviar a pressão** nas zonas ósseas e **evitar o aparecimento de feridas**.

Não permanecer muito tempo na mesma posição e **movimentar as articulações**. Efetuar **levantes diários** por pequenos períodos, para as refeições e idas à casa de banho.

HIGIENE PESSOAL

- Deixe a pessoa lavar a cara; escovar os dentes e pentear o cabelo, aumentando assim a sua auto-estima, autocuidado e autonomia.
- Incentivar a pessoa a lavar o lado sã com o lado afetado, se tiver força muscular;
- Verificar a temperatura da água, devido às alterações de sensibilidade térmica no lado afetado, reduzindo o risco de queimaduras;

• Pode haver negligência do lado afetado pelo que um espelho é útil para estimular a integração do lado afetado no esquema corporal e corrigir posturas;

- Utilizar os objetos pessoais da pessoa, respeitando os seus hábitos e preferências e promovendo a sua privacidade;

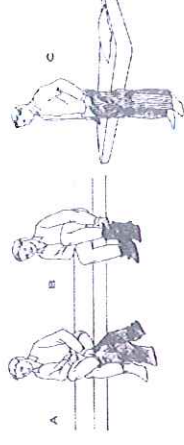
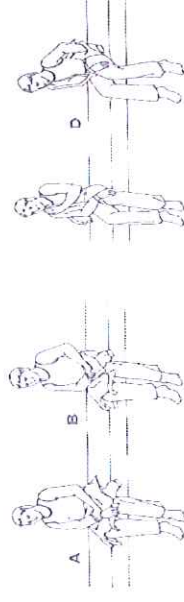
• A pessoa tem de **ENTRAR** para a **banheira** pelo lado sã e **SAIR** pelo lado afetado;

VESTIR E DESPIR

• **O lado afetado é sempre o 1º a vestir e o último a despir**

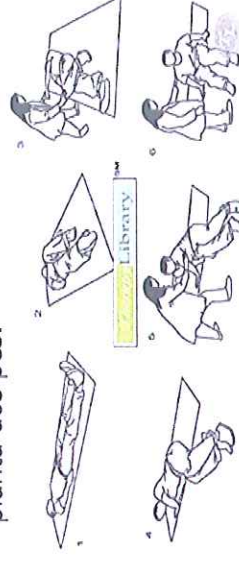
- Roupas simples e largas com elásticos, velcros, fechos ou botões grandes com casas alargadas, de modo a facilitar a independência da pessoa nas idas à casa de banho;

- Calçado antiderrapante e com estabilidade (tipo ténis bota), se possível substituir os atacadores por velcros;
- Dê oportunidade à pessoa de escolher o seu vestuário, valorizando os seus hábitos e preferências.



LEVANTE E TRANSFERÊNCIAS

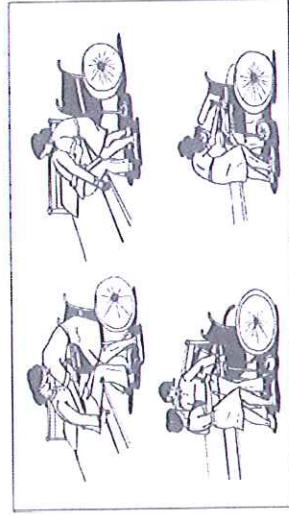
- A pessoa rola para o lado afetado e deve apoiar-se sobre o cotovelo desse mesmo lado até ganhar capacidade para se erguer e sentar à beira da cama, apoiando os pés descalços no chão, de modo a estimular a sensibilidade da planta dos pés.



No **levantar e transferir a pessoa** deve **SAIR** da cama pelo lado afetado e **ENTRAR** pelo lado sã

APÊNDICE VII – Panfleto Treino de AVD

- Ao levantar a pessoa utilize preferencialmente os seus músculos das pernas e das ancas, sendo que em primeiro deve dobrar os joelhos e depois estendê-los lentamente;
- Contrabalance o peso da pessoa com o seu próprio peso e sustente o joelho da pessoa entre os seus próprios joelhos/pernas para orientar o movimento;



Transferência de doente hemiplegico da cama para a cadeira de rodas. Execução com ajuda parcial em doentes muito dependentes.

Frente à cadeira de rodas usar uma mesa de trabalho ajustada ao nível da barriga para proporcionar apoio aos braços e ombros.

ALIMENTAÇÃO (COMER E BEBER)

- Incentivar a pessoa a alimentar-se usando mão própria e em posição de sentado, respeitando o seu ritmo;
- Usar material antiderrapante por debaixo do prato; copos de fácil preensão e talheres com cabos engrossados;
- Respeitar a restrição hídrica e a dieta de acordo com a prescrição (com baixo teor em sal, açúcar e proteínas).

ELIMINAÇÃO VESICAL E INTESTINAL

- A incontinência urinária e intestinal pode estar presente. Estabeleça uma hora habitual para a eliminação, tendo em conta os hábitos anteriores da pessoa ou criando oportunidade de imediato após as refeições e antes de dormir;
- Aliviar a ansiedade da pessoa para que se sinta à vontade para pedir o urinol, arrastadeira ou transferência para a casa de banho, não valorizando nem punindo os descuidos;
- Estar atento a eventuais alterações das características da urina/dejecção;

APOIE SEMPRE o seu familiar sem o

SUBSTITUIR

INCENTIVE-O a encontrar estratégias para contornar as suas limitações

EM CASO DE DÚVIDAS!

PODERÁ CONTACTAR A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA PISO 8 DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

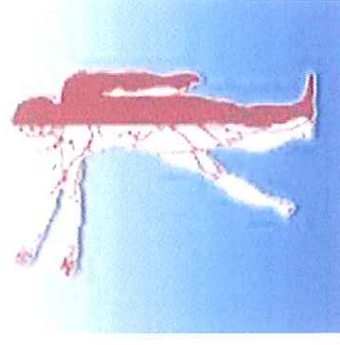
TELEPHONE : 2 17805228

ELABORADO POR: SANDRA JOAQUIM (ALUNA DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA ESEL)
ENFERMEIRA CHEFE: ADELAIDE LAVADO
ENFERMEIRA ORIENTADORA: ANA PINHEIRO

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA PISO 8 DO HOSPITAL DE SANTA MARIA



TREINO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA



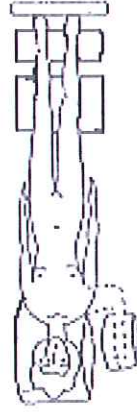
**OUTUBRO
2012**

OBJETIVO DO PANFLETO

Ajudar a pessoa e familiares no regresso a casa quando há situações de diminuição/ausência da força dos membros. Esta pode ocorrer num dos lados do corpo (hemiparésia/hemiplegia), só nos braços ou só nas pernas (paraparésia/paraplegia), só num dos membros (monoparésia/monoplegia) ou em todos os membros (tetraparésia).

POSICÕES A ADOTAR NA CAMA

No **Decúbito Dorsal (deitado de costas)** coloque uma almofada macia debaixo da cabeça. Os braços devem ficar ligeiramente afastados do tronco e as pernas ligeiramente afastadas entre si. Coloque uma almofada a apoiar os joelhos; outra antes dos calcanhares e uma no final dos pés para que estes mantenham a posição vertical com os dedos a apontar para cima.



No **Decúbito Semi-Dorsal Esquerdo ou Direito** a pessoa fica deitada "de lado" com uma almofada debaixo da cabeça e outra ao longo das costas. O braço que fica por baixo fica ligeiramente afastado do corpo, fletido no cotovelo e voltado para baixo com uma almofada baixa e que termine na ponta dos dedos da mão. O braço que fica por cima fica ligeiramente fletido no cotovelo e apoiado sobre a almofada que apoia a região das costas. A perna que fica por baixo fica ligeiramente fletida na zona da anca e do joelho. A perna que fica por cima fica esticada ou numa posição neutra, apoiada numa almofada. Nessa mesma almofada deve ficar apoiado o pé correspondente.



No **Decúbito Lateral Esquerdo ou Direito** deite a pessoa "de lado". Coloque uma almofada macia debaixo da cabeça. Ambos os braços devem ficar para a frente e fletidos e entre eles deve ser colocado uma almofada. Relativamente às pernas, a que está em contato com a superfície da cama deve ficar esticada e a outra fletida e para a frente sobre uma almofada.



As mudanças de posição na cama devem ser frequentes, de 3 em 3 horas, respeitando os períodos de descanso e o da noite, para **aliviar a pressão** nas zonas de saliências ósseas e **evitar o aparecimento de feridas**. Lembrar à pessoa para não permanecer muito tempo na mesma posição sem se mexer, **movimentando as articulações**.

Efetuar **levantes diários** por períodos para as refeições e para as idas à casa de banho.

HIGIENE PESSOAL

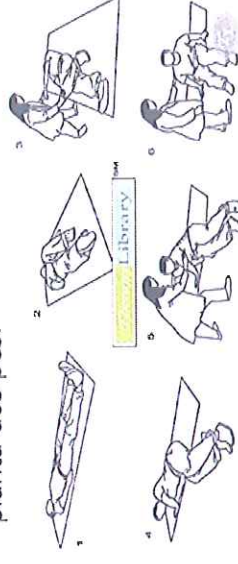
- Deixe a pessoa lavar a cara; escovar os dentes e pentear o cabelo, aumentando assim a sua auto-estima, autocuidado e autonomia.
- Verificar a temperatura da água, devido às alterações de sensibilidade térmica reduzindo o risco de queimaduras;
- Utilizar os objetos pessoais da pessoa, respeitando os seus hábitos e preferências e promovendo a sua privacidade;
- Não molhar o penso do cateter de hemodíalise e das feridas.

VESTIR E DESPIR

- Roupas simples e largas com elásticos, velcros ou fechos e botões grandes e com casas alargadas, de modo a facilitar a independência da pessoa nas idas à casa de banho;
- Calçado antiderrapante e com estabilidade (tipo bota ténis), se possível substituir os atacadores por velcros;
- Dê oportunidade à pessoa de escolher o seu vestuário, valorizando os seus hábitos e preferências.

LEVANTE E TRANSFERÊNCIAS

- Ajude a pessoa a rolar para o lado e a apoiar-se sobre o cotovelo desse mesmo lado até ganhar capacidade para se erguer e sentar à beira da cama apoiando os pés descalços no chão de modo a estimular a sensibilidade da planta dos pés.



- Coloque a cadeira de rodas perto da cama com as rodas travadas;
- Remova eventuais obstáculos (apoios) para os braços; apoio para os pés);
- Peça à pessoa que olhe para os pés, inclinando o tronco para a frente fazendo força nas pernas durante a transferência, o que facilita a passagem da posição de sentada para a posição de pé;

APÊNDICE VIII – Folha Orientadora de Ensinos

Folha Orientadora de Ensinos para Reintegração Comunitária da pessoa com hemiplegia e sua família

Identificação do utente:

Nome:

Serviço: Neurocirurgia Piso 8

Cuidador Principal:

Patologias:

- Treino de Atividades de Vida Diária:
 - ✓ Higiene pessoal/Banho (leito/duche em poliban ou banheira)
 - ✓ Vestir e Despir
 - ✓ Alimentação e hidratação (Disfagia/Prevenção de aspiração de conteúdo alimentar para a via respiratória)
 - ✓ Eliminação vesical (Exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico; Treino de hábitos)
 - ✓ Eliminação intestinal (Treino de hábitos)
- Posicionamentos de conforto e em padrão anti-espástico
- Exercícios de Fortalecimento Muscular (cabeça e pescoço, tronco e abdominais)
- Exercícios de mobilização dos segmentos articulares
- Atividades terapêuticas:
 - ✓ Facilitação cruzada
 - ✓ Indução de restrições
 - ✓ Rolar
 - ✓ Ponte
 - ✓ Rotação controlada da coxo-femural
 - ✓ Auto-mobilizações
 - ✓ Carga no cotovelo
- Treino do Equilíbrio sentado: estático dinâmico
- Treino do Equilíbrio em pé: estático dinâmico
- Levante e Transferências (com ou sem produtos de apoio)
- Deambulação/Treino de marcha (com ou sem produtos de apoio)
- Prevenção de Acidentes associados à Negligência do lado afetado
- Prevenção de Úlceras de pressão

[illegible]

APÊNDICE IX – Planejamento de Atividades URFR

OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na área de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família

OBJETIVOS ESPECÍFICOS A DESENVOLVER NA UNIDADE DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA DO CHLN

HOSPITAL DE SANTA MARIA

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades /Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
C – Domínio da gestão dos cuidados; C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;	1- Integração de forma progressiva e gradual na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades na Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do	• Visita à Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9; • Reuniões informais com: Enfermeira Chefe e EER, Enf.^a Raquel e Enf.^a Joaquina; • Reuniões com o Professor Orientador: Joaquim Oliveira; • Reuniões informais com as pessoas internadas/famílias e outros elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar;	Humanos: Professor Orientador do Projeto; Enf.^a Chefe; EER; pessoa/família e restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar Materiais : Documentos do serviço	Indicadores: -Ter efetuado pelo menos uma visita à Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9; -Ter realizado pelo menos uma reunião informal com Enf.^a Chefe; EER e restantes elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; -Ter consultado os documentos do serviço existentes: manuais/protocolos/normas/instrumentos de registo como os de transferência/alta hospitalar e de encaminhamento para a comunidade; -Ter observado a intervenção e dinâmica da

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D1-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9	• Consulta de documentos do serviço: manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo; de transferência e alta hospitalar; de encaminhamento para a comunidade; • Observa a intervenção da EER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar; • Identifica as funções da EER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro respiratório, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação; -Ter identificado pelo menos três procedimentos de acolhimento e de colheita de dados realizados à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; -Ter estabelecido uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; -Ter estabelecido uma relação terapêutica com a pessoa/família; -Ter identificado pelo menos dois fatores que podem interferir no relacionamento com a	(manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo e de alta/transferência e encaminhamento para a comunidade) Físicos: Unidade de Readaptação Funcional Respiratória; UCIR, VNI e OLD, Provas de Função respiratória do CHLN - Hospital de Santa Maria.	EER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador; -Ter identificado pelo menos três funções da EER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro respiratório, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação; -Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço para serem mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; -Ter identificado pelo menos três procedimentos de acolhimento e de colheita de dados realizados à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; -Ter estabelecido uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; -Ter estabelecido uma relação terapêutica com a pessoa/família; -Ter identificado pelo menos dois fatores que podem interferir no relacionamento com a
--	---	---	---	---

		prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação; • Identifica os procedimentos de acolhimento e colheita de dados, realizados à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; • Estabelece uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; • Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa/família; • Desenvolve o autoconhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; • Reconhece os seus recursos e limites pessoais e	Temporais: Janeiro de 2013 (Ver Cronograma no Apêndice nº 4).	pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; -Ter reconhecido os seus recursos e limites pessoais e profissionais; -Ter colaborado nas decisões da equipa multidisciplinar; -Ter observado como se processa a articulação da Unidade de Readaptação Funcional Respiratória com os restantes serviços do Hospital, de modo a compreender os vários circuitos possíveis que a pessoa com patologia do foro respiratório pode ter à sua disposição no CHLN – HSM Crítérios de Avaliação: -De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades da Unidade de Readaptação Funcional do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9; -Reflete sobre as atividades e estratégias desenvolvidas e na sua importância para atingir
--	--	---	--	---

		profissionais; • Colabora nas decisões da equipa multidisciplinar; • Visitas de observação e colaboração com o EER nos serviços de internamento; na Consulta de Enfermagem de Fibrose Quística; na UCIR (Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios); na Unidade de VNI (Ventilação Não Invasiva) e na Consulta de OLD (Oxigenoterapia de Longa Duração), de modo a compreender as intervenções do EER nestes contextos, assim como, os vários circuitos possíveis que a pessoa com patologia do foro respiratório pode ter à sua disposição no CHLN – HSM.		o objetivo; -Presta cuidados de enfermagem de reabilitação em articulação com a pessoa/família e os vários elementos da equipa multidisciplinar.
--	--	---	--	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; B- Domínio da melhoria da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente	2- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório e suas necessidades de autocuidado, tendo em vista a promoção do	• Demonstra conhecimentos científicos acerca de avaliação e intervenção na patologia do foro respiratório e sua família, tendo em conta as suas especificidades; • Aperfeiçoa conhecimentos e práticas relativas à auscultação, leitura e interpretação imagiológica nas várias patologias do foro respiratório; • Aprofunda conhecimentos acerca das patologias mais frequentes; • Realiza colheita de dados à pessoa com patologia do foro respiratório, consultando o seu processo clínico e exames	Humanos: Professor Orientador; Enf.^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar ; Enfermeiros Generalistas e Especialistas de Reabilitação; Pessoas em tratamento e	Indicadores: -Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca de avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; -Ter desenvolvidos conhecimentos e práticas na auscultação e na leitura e interpretação imagiológica das várias patologias do foro respiratório; -Ter aprofundado conhecimentos acerca das patologias respiratórias mais frequentes; -Ter realizado pelo menos três colheitas de dados à pessoa com patologia do foro respiratório; -Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação a pelo menos três pessoas com patologia do foro respiratório;

terapêutico e seguro; B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J1.1- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;	seu autocuidado, restauração da função respiratória e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível.	complementares de diagnóstico, de modo a identificar as necessidades de intervenção; • Avalia o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro respiratório; • Avalia a pessoa com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação; • Identifica as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, de modo a reeducar a sua função respiratória para que possa realizar as AVD's de forma independente; • Identifica os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa que podem condicionar o seu autocuidado;	suas famílias; Materiais: Experiência da Enf.^a Orientadora e da Equipa Multidisciplinar ; Matérias lecionadas nas disciplinas de Reabilitação I, II e III; Pesquisa Bibliográfica sobre a avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro respiratório;	-Ter avaliado pelo menos três pessoas com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação; - Ter identificado as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, de modo a reeducar a sua função respiratória, para que possa realizar as AVD's de forma independente; - Ter identificado os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; - Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD's, de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; - Ter avaliado os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade de pelo menos três pessoas às quais tenha
---	--	--	---	--

J1.2- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; 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		- Identifica os fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das 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; - Intervém recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, que pode ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação; - Utiliza os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o	Instrumentos de avaliação; Planos de Cuidados realizados; Físicos: ESEL – Pólo Ravara Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9; Temporais: 2 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2013 (Ver Cronograma	prestado cuidados; -Ter realizado intervenções recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa; -Ter utilizado os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar autonomamente intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; - Ter concebido e implementado pelo menos três planos de intervenção com vista a uma reeducação funcional respiratória; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à reabilitação; -Ter realizado intervenções de Reeducação Funcional Respiratória, adaptadas à pessoa com patologia respiratória, que visam:
---	--	--	--	---

eliminação e da sexualidade;	potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar autonomamente intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade;	no Apêndice nº 4)	prevenção e correção das alterações do esqueleto e músculos; redução da tensão psíquica e muscular; assegurar a permeabilidade das vias aéreas (métodos de limpeza das vias áreas/ manobras acessórias/ drenagem postural); prevenção e correção de defeitos ventilatórios e melhoria da performance dos músculos respiratórios (exercícios de reeducação respiratória eletivos ou globais/ abdomino-diafragmáticos e costais) e reeducação no esforço;
J1.4- Avalia os resultados das intervenções implementadas;			-Ter realizado treino de exercício, aeróbico e anaeróbico, no ginásio a pelo menos duas pessoas com patologia respiratória restritiva e obstrutiva;
J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;	• Concebe e implementa planos de intervenção com vista a uma reeducação funcional respiratória; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção e gestão da saúde; à prevenção de lesões e à reabilitação;		-Ter utilizado estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida;
J3.1- Concebe e implementa programas de treino motor;			-Ter monitorizado e avaliado os resultados das intervenções implementadas;
J3.2- Avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados.			-Ter reformulado as intervenções

		técnicas que visam a prevenção de formação de aderências; assegurar a permeabilidade das vias aéreas (métodos de limpeza das vias áreas/manobras acessórias/ drenagem postural); prevenção e correção de defeitos ventilatórios e melhoria da performance dos músculos respiratórios (exercícios de reeducação funcional respiratória seletivos e/ou globais/ abdomino-diafragmáticos e costais) e reeducação no esforço. • Realiza treino de exercício (aeróbico e anaeróbico) no ginásio adaptado à pessoa com patologia respiratória restritiva e obstrutiva; • Utiliza estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade		implementadas tendo em conta os resultados esperados; - Ter efetuado registos de enfermagem pertinentes. Crítérios de Avaliação: - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, que lhes conferem alterações nas suas necessidades de autocuidado, tendo em vista à promoção do seu autocuidado, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo; - Assume responsabilidades na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade, desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa
--	--	---	--	--

		de vida; • Realiza ensinios à pessoa sobre a importância da terapêutica inalatória e valida-os, de modo a que a sua administração seja realizada de forma eficaz; • Monitoriza e avalia os resultados das intervenções implementadas; • Reformula as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; • Promove estilos de vida saudáveis e evicção tabágica; • Efetua registos de enfermagem de reabilitação pertinentes no processo clínico.		com patologia do foro respiratório e sua família. -Desenvolve perícia na execução das intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia respiratória e sua família.
--	--	--	--	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; B- Domínio da melhoria da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;	3- Compreender a intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Readaptação ao Esforço de modo a promover um maior autocuidado na realização das AVD's; uma melhor função respiratória e consequentem	• Demonstra conhecimentos científicos acerca dos benefícios e das intervenções do EER na readaptação ao esforço na pessoa com patologia do foro respiratório; • Avalia o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro respiratório; • Avalia a pessoa com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação (Escala de Borg para avaliação da dispneia/cansaço; Questionário do H. Saint George para avaliação da Qualidade de Vida, tanto no pré-treino como no pós-treino; • Identifica as necessidades de	Humanos: Professor Orientador; Enf.^a Chefe; EER; Restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar ; Enfermeiros Generalistas e Especialistas de Reabilitação; Pessoas em tratamento suas famílias;	Indicadores: -Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca dos benefícios e das intervenções do EER na readaptação ao esforço na pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; -Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação a pelo menos três pessoas com patologia do foro respiratório; -Ter avaliado pelo menos três pessoas com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação; -Ter identificado as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, de modo a direcionar a readaptação ao esforço nesse sentido, para que possa realizar as AVD's de forma independente;

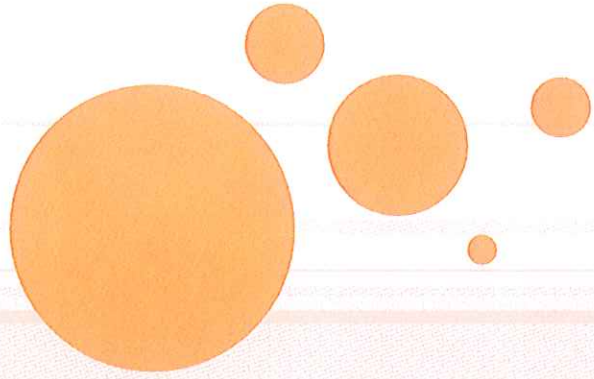
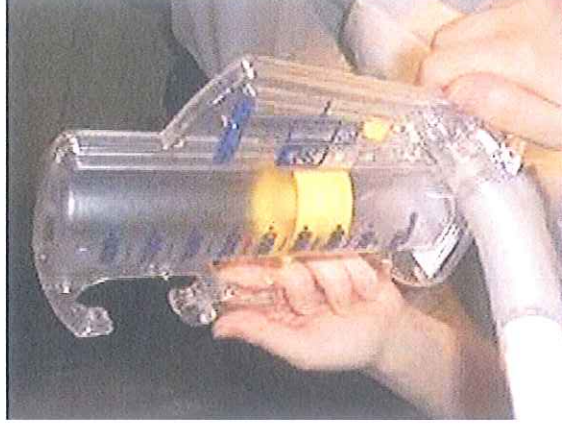
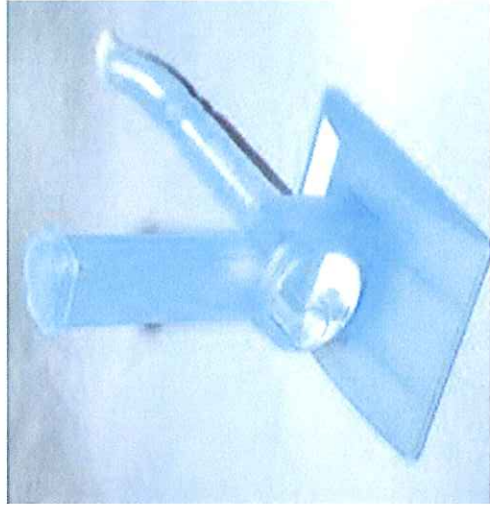
B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;	ente uma maior qualidade de vida.	autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro respiratório, de modo a direcionar a readaptação ao esforço nesse sentido, com vista a realizar as AVD's o mais autonomamente possível; • Concebe e implementa planos de intervenção com vista a uma readaptação ao esforço; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à reabilitação;	Materiais: Experiência da Enf.^a Orientadora e da Equipa Multidisciplinar ;	- Ter concebido e implementado pelo menos três planos de intervenção com vista a uma readaptação ao esforço; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à reabilitação;
J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;		- Realiza intervenções de readaptação ao esforço com a aplicação de um programa de exercícios adaptado às necessidades de cada pessoa, tendo em conta a sua patologia respiratória (restritiva e/ou obstrutiva) e outras associadas, podendo contemplar exercícios de treino aeróbico e anaeróbico;	Matérias lecionadas nas disciplinas de Reabilitação I, II e III; Pesquisa Bibliográfica sobre a avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro respiratório; Instrumentos	-Ter realizado intervenções de Readaptação ao esforço a pelo menos três pessoas acompanhadas na Unidade de Readaptação Funcional Respiratória;
J1.1- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;				-Ter utilizado estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida;
J1.2- Concebe planos				-Ter monitorizado e avaliado os resultados das intervenções implementadas; -Ter reformulado as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados; - Ter efetuado registos de enfermagem pertinentes.

de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;		- Recorre ao espelho quadriculado para uma correção postural e reeducação costal, sentado e em pé, com recurso ao bastão e às roldanas, bem como ao espaldar; -Ensina o controlo da respiração no esforço na marcha; subida e descida de escadas; tapete rolante e bicicleta ergométrica; - Planeia exercícios de reeducação física global com alongamentos e aquecimento do pescoço, tronco, membros superiores e inferiores; - Planeia o treino dos membros superiores com mobilização dos músculos da cintura escapular (cicloergómetro de braços; halteres; bastões e faixas), bem como treino dos membros inferiores (bicicleta estática/passadeira); - Incentiva o arrefecimento com alongamentos da musculatura do	de avaliação; Planos de Cuidados realizados; Físicos: ESEL – Pólo Ravara Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do CHLN - Hospital de Santa Maria Piso 9; Temporais: 2 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2013 (Ver Cronograma no Apêndice	Critérios de Avaliação: - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para uma Readaptação ao Esforço à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, tendo em vista a promoção do seu autocuidado, restauração da função respiratória e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo; -Assume responsabilidades na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade, desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família. -Desenvolve perícia na execução das intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia respiratória e sua
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; J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa; J3.1- Concebe e implementa programas de treino motor; J3.2- Avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados.		pescoço, cintura escapular e membros, de modo a reduzir o impacto da incapacidade nas AVD's. • Utiliza estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida; • Monitoriza e avalia os resultados das intervenções implementadas; • Reformula as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; • Efetua registos de enfermagem de reabilitação pertinentes no processo clínico.	nº 4)	família.
--	--	--	-------	----------

APÊNDICE X – Espirómetro Incentivo

ESPIRÓMETRO INCENTIVO



ESPIRÓMETRO INCENTIVO



- Dispositivo surgiu nos EUA em 1976 por Barlett e Edwards
- Estimula inspirações profundas e lentas para recuperar alvéolos colapsados, melhorando as trocas gasosas e a ventilação alveolar
- Melhora a expansão pulmonar,  a capacidade respiratória e promovendo um padrão respiratório eficiente
- Há vários dispositivos com instruções específicas que fornecem a indicação visual da capacidade de fluxo ou volume atingido



ESPIRÓMETRO INCENTIVO



○ **INDICAÇÕES:**

- Nas alteração da funcionalidade do diafragma
- No pós operatório de cirurgias cardiorácicas e abdominais altas e baixas, para prevenção e tratamento de complicações como as atelectasias
- Para se obter uma maior e precoce reexpansão pulmonar
- Nas doenças restritivas como nos Derrames Pleurais
- No fortalecimento dos músculos respiratórios
- Na permeabilidade das vias aéreas

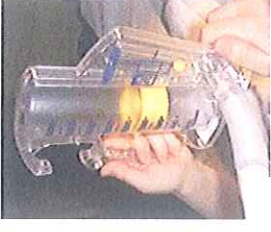


ESPIRÔMETRO INCENTIVO

○ CONTRA-INDICAÇÕES:

- Pessoas inconscientes ou não colaborantes
- Pessoas com dor não controlada
- Pessoas com Dispneia /“Falta de ar”
- Pessoas em Broncospasmo
- Pessoas com cansaço/fadiga
- Pessoas com Risco de Barotrauma

Não pode ser realizado após as refeições, realizar preferencialmente antes das refeições ou esperar até ter realizado a digestão completa



ESPIRÓMETRO INCENTIVO



- **TÉCNICA:**
- Pessoa em posição sentada ou no leito com cabeceira elevada
- O espirometro deve estar posicionado na vertical à altura dos olhos para visualizar melhor o feedback visual (esferas)
- Antes de iniciar o exercício a pessoa deve expirar completamente todo o ar dos pulmões



ESPIRÓMETRO INCENTIVO



- **TÉCNICA:**
- A pessoa deve fazer 3 a 4 respirações lentas e tranquilas e depois expirar ao máximo na 4ª expiração e só depois colocar e fechar firmemente os lábios em volta do bucal, para evitar fugas de ar
- Inspirar ao máximo através do bucal e fazer uma pausa inspiratória com duração média de 3 segundos, mantendo a esfera amarela na localização prevista



ESPIRÓMETRO INCENTIVO

○ TÉCNICA:

- Realizar este exercício 3 a 4 vezes por dia em séries de 10 inspirações profundas e lentas mas não esquecer de expirar completamente o ar antes de cada inspiração profunda



© Healthwise, Incorporated



ESPIRÓMETRO INCENTIVO



○ LIMPEZA E MANUTENÇÃO:

- Após a utilização do dispositivo lavar o bucal com água corrente e um detergente neutro e colocá-lo a secar no local de repouso do dispositivo
- Guardar o dispositivo dentro do seu saco de plástico até à sua próxima utilização

- Levar sempre o dispositivo para as sessões de Reeducação

Funcional Respiratória



APÊNDICE XI – Plano de Cuidados URFR

COLHEITA DE DADOS/AVALIAÇÃO DA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Sr. ^a A.M.

IDADE: 60

GÉNERO: Feminino

ESTADO CIVIL: Viúva

PROFISSÃO: Empregada numa Pastelaria desde há 15 anos, dando assistência ao balcão e ao pasteleiro na zona de confeção, tendo que transportar os tabuleiros com os bolos, bem como subir e descer escadas com frequência

ESCOLARIDADE: 2^a Classe

RESIDE COM: sozinha e tendo como animal doméstico uma cadela

SUPORTE FAMILIAR: Tem dois filhos e 3 netos com quem tem uma relação próxima. Tem uma irmã mais nova que mora perto da sua casa e que após a cirurgia tem sido o seu suporte principal, sendo que nos primeiros dias após a sua alta esteve a viver em casa da irmã. Atualmente já regressou a sua casa no entanto tem apoio diário da sua irmã, sobretudo nas tarefas domésticas (limpezas; manutenção da roupa no lavar, estender e passar a ferro), uma vez que sozinha não consegue realizá-las devido ao cansaço que tem apresentado.

HABITAÇÃO: Moradia de pequenas dimensões, sem jardim, com quarto, sala, cozinha e casa de banho com poliban, sem outro tipo de material de apoio. A moradia fica situada a cerca de 10 minutos a pé de zonas comerciais e a 20 minutos da paragem de autocarros.

HISTÓRIA RESPIRATÓRIA

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: Após cirurgia cardíaca para substituição valvular aórtica em Outubro de 2012, inicia quadro de cansaço fácil a pequenos esforços com repercussões a nível da realização das Atividades de Vida Diária (AVD's). Realizou Rx Tórax que revelou parésia diafragmática à esquerda, como complicação cirúrgica, motivo pelo qual foi encaminhada para a Unidade de Readaptação Funcional Respiratória para realizar 15 sessões de readaptação pleural com o objetivo de reeducar o diafragma; melhorar a expansão pulmonar; promover uma correção postural e readaptação ao esforço na realização das AVD's.

DIAGNÓSTICO: Parésia Diafragmática Esquerda consequente de cirurgia cardíaca

HÁBITOS ADITIVOS (TABACO, ÁLCOOL E TOXICOFILIA): Não apresenta

ANTECEDENTES PESSOAIS/COMORBILIDADES: Epilepsia (fez terapêutica com Hidantina que já suspendeu); Statús pós cirurgia cardíaca para substituição valvular aórtica (Outubro 2012); Infecções Urinárias de repetição

HISTÓRIA FAMILIAR E CONVIVENTES: Mãe que já faleceu e que tinha patologia cardíaca e Asma Brônquica; Pai que já faleceu com Tumor da Cavidade Oral; Irmã com diagnóstico recente de Câncer do colo do útero; Sobrinha que faleceu recentemente com tumor da mama; e Marido que faleceu há cerca de 8 anos por Acidente Vascular Cerebral (AVC);

EVOLUÇÃO DOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS E SUAS IMPLICAÇÕES NOS OUTROS SISTEMAS: A Sr.^a A. refere que se sente mais cansada na realização das suas AVD's, sobretudo no vestir e despir; na realização das tarefas domésticas, nomeadamente nas limpezas e no varrer do chão, assim como, refere ter maior dificuldade em subir e descer escadas, sendo que quando faz mais esforços refere ficar com uma respiração mais acelerada (SIC).

INTERNAMENTOS ANTERIORES: Outubro 2012 no serviço de Cardiotorácica do Hospital de Santa Maria, tendo tido alta clínica a 16/10/12

ALERGIAS A FÁRMACOS OU OUTRAS: Desconhece

SINAIS VITAIS: TA: 127/58 mmHg FC: 72b/m SPO2: 96% (ar ambiente)

DOR: Refere desconforto a nível do hemitórax à direita sobretudo na posição de decúbito lateral direito, sendo que tem períodos em que esse desconforto se revela dor de intensidade 2/3 na Escala Numérica, tipo “picada” que surge tanto em repouso como em movimento. Segundo a Dr.^a M., Médica Pneumologista da URFR, poderá estar associada a algum posicionamento adotado durante a cirurgia. Encontra-se medicada com Tramal Retard 12/12h; Paracetamol 1gr que faz 2x ao dia, de manhã e ao deitar e Gabapentina 600mg 1x dia, que surte algum efeito.

TOSSE: Não apresenta

EXPETORAÇÃO: Não apresenta

TERAPÊUTICA HABITUAL: Amiodarona 200 mg 1x dia; Omeprazol 20 mg 1x dia; Varfina segundo INR; Furosemida 40 mg 1x dia; Gabapentina 600mg 1x dia; Paracetamol 1gr 8/8h; Cloreto de Potássio retard 1x dia; Nitrofurantoína 100mg 8/8h que suspendeu recentemente, aguarda realizar urina asséptica de controlo.

ESTADO DE CONSCIÊNCIA: Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa

ESTADO EMOCIONAL: Comunicativa, ansiosa pela sua recuperação e preocupada por não se sentir capaz de retomar a sua profissão e por não conseguir acompanhar o ritmo das outras pessoas, dando o exemplo que já não consegue correr para apanhar os transportes públicos e fazer caminhadas como fazia anteriormente à cirurgia

MOBILIZAÇÃO: Independente, não apresenta alterações da força muscular (Escala de Lower 5/5)

PELE E MUCOSAS: Coradas e hidratadas

CIRCULAÇÃO: Sem sinais de insuficiência venosa periférica, sem edemas;

NUTRIÇÃO: Bom estado nutricional embora com algum excesso de peso;

HÁBITOS ALIMENTARES: Refere gostar de sopas; abusar na ingestão de pão e apenas realizar as principais refeições; Ingere poucos líquidos

ELIMINAÇÃO: Infecções Urinárias de repetição/ Sem problemas a nível da eliminação intestinal (SIC)

SONO E REPOUSO: Sem alterações

HIGIENE E VESTIR E DESPIR: Dificuldade na realização da sua higiene e no vestir e despir por sentir-se muito cansada e por demorar muito mais tempo na realização das mesmas, tendo que fazer pausas para descansar durante a realização das AVD's. No entanto é independente na realização das mesmas, apresentando um score de 100 no Índice de Barthel.

EXERCÍCIO FÍSICO: Realizava caminhada por períodos.

VACINAÇÃO: Não fez vacinação antigripal

AVALIAÇÃO FÍSICA

PADRÃO RESPIRATÓRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS

EXAME OBJETIVO DO TÓRAX:

INSPEÇÃO ESTÁTICA: Morfologia torácica normal; sem cianose; estado de nutrição bom embora com excesso de peso; desenvolvimento muscular regular; sem assimetrias do tórax; sem deformações; alterações cutâneas com presença de cicatriz de esternotomia; mamas sem alterações

INSPEÇÃO DINÂMICA: Movimentos torácicos diminuídos; amplitude pouco profunda e simetria torácica mantida; Frequência Respiratória de 22 ciclos respiratórios por minuto com respiração predominantemente abdominal; não utiliza os músculos respiratórios acessórios; retração ou tiragem intercostal/supra esternal ausente; relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório curto em relação ao expiratório; Sem Dispneia.

PALPAÇÃO: expansibilidade diminuída; sem presença de tumefações e lesões cutâneas; ponto doloroso a nível do hemitórax direito; sem presença de adenopatias (axilares, supraclaviculares e cervicais);

PERCUSSÃO: sem alterações

HIPOCRATISMO DIGITAL: ausente

AUSCULTAÇÃO PULMONAR: Murmúrio vesicular diminuído a nível do hemitórax à esquerda; Ruídos Adventícios: discretas crepitações a nível da base do hemitórax direito

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: **PESO:** 69Kg **ALTURA:** 1, 50 m **IMC:** 30,67 (elevado)
Obesidade Grau I

AVALIAÇÃO DA DISPNEIA E DA QUALIDADE DE VIDA

AVALIAÇÃO DA DISPNEIA — Escala de Borg Modificada , em repouso e ao esforço, pré-treino e pós treino (pré-treino sem dispneia com cansaço de score 2 e m repouso; em esforço cansaço com score 7.

AValiação da Qualidade de Vida — St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)
pré-treino e pós treino

TOLERÂNCIA AO ESFORÇO

Apresenta pouca tolerância ao esforço com cansaço fácil a pequenos esforços; dificuldade na realização das AVD's e nas tarefas domésticas; incapacidade para subir e descer escadas e para realizar caminhadas e de correr para apanhar os transportes públicos como fazia anteriormente à cirurgia;

AValiação Psicológica

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO: Sem acompanhamento atualmente

ANSIEDADE — Ansiosa por verificar as melhorias do tratamento e por se sentir menos cansada na realização das AVD's e para poder regressar à sua atividade profissional sem limitações

DEPRESSÃO — Risco de depressão se não conseguir retomar a sua atividade profissional como anteriormente

EXAMES DE DIAGNÓSTICO

EXAMES LABORATORIAIS:

HEMOGRAMA: Hemoglobina: 13,2 g/dL ; INR: 1,69

GASIMETRIA ARTERIAL: pH: 7.477; pCO₂: 35.1mmHg; pO₂: 53.7 mmHg; sO₂: 90%; HCO₃: 26.7 mmol/L

EXAMES IMAGIOLÓGICOS

RADIOGRAFIA DE TÓRAX PÓS CIRURGIA: Revela ligeiro desvio da traqueia para o lado direito; hemicúpula diafragmática direita bem delimitada sem apagamento dos seios costo-frénico e cardio-frénico; hemicúpula diafragmática esquerda ao nível do 7º arco costal anterior com ligeiro apagamento dos seios costo-frénico e cardio-frénico.

TREINO DE EXERCÍCIOS

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA: exercícios adaptados às necessidades da Sr.^a A.M. com ênfase na fase inspiratória, para melhorar a expansão pulmonar; na reeducação abdomino-diafragmática seletiva hemicúpula esquerda; e na reeducação costal seletiva esquerda com abdução do membro superior esquerdo e antero-lateral esquerda com resistência; introdução e ensino do espirómetro incentivo; e posições de descanso e relaxamento;

EXERCÍCIOS DE CORREÇÃO POSTURAL: exercícios em frente ao espelho quadriculado com bastão e com roldanas; espaldar e bola suíça;

EXERCÍCIOS DE READAPTAÇÃO AO ESFORÇO NO TREINO DE AVD'S: Treino de AVD's; da realização de tarefas domésticas e do subir e descer escadas com o menor dispêndio de energia possível;

EXERCÍCIO GERAL: Incentivar a realização de caminhadas

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

GESTÃO DA DOENÇA: Revela ter alguns conhecimentos relativos à sua situação de doença, sintomatologia e terapêutica

ENSINOS: Revela necessidade de ensinamentos relativos à prevenção e controlo das situações de agudização; ao planeamento e realização das AVD's; e à realização dos exercícios de RFR no domicílio

PROMOÇÃO DA SAÚDE: Reforçar a importância de uma vigilância médica regular; da adesão à terapêutica e tratamentos; Vacinação; Nutrição adequada e realização de exercício geral

INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

PSICÓLOGA/ASSISTENTE SOCIAL — Avaliar a necessidade de encaminhamento para a Psicóloga e/ou Assistente Social



PLANO DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Identificação: Sr.^a A. M. **Idade:** 60 anos

Diagnóstico: Parésia Diafragmática à Esquerda consequente de cirurgia cardíaca para substituição valvular aórtica em Outubro de 2012

Data de Início das Sessões na Unidade de Readaptação Funcional Respiratória (URFR): 10/1/13

Total de Sessões de Reeducação Funcional Respiratória: 15 Sessões

Limitações à realização de exercícios: Anticoagulação oral com Varfine

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AValiação
1- Déficit no padrão respiratório relacionado com parésia diafragmática à esquerda e manifestado por diminuição da expansão pulmonar, dificuldade na dissociação dos tempos respiratórios e por tempos inspiratórios diminuídos	Que a Sr. ^a A.M., até ao final das sessões de RFR, consiga realizar uma correta e eficaz expansão pulmonar, com dissociação dos tempos respiratórios e com tempos inspiratórios mais profundos e expiratórios mais prolongados, de	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação através de Ensino, Treino, Orientação e Supervisão -Consultar o processo clínico e exames complementares de diagnóstico existentes (análises como Hemoglobina, INR; Gasimetria arterial; Rx tórax, entre outros) antes do início das sessões de RFR, para se poder traçar um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação (ER) individualizado e direcionado para as necessidades específicas da SR. ^a	10/1/2013 (1ª Sessão de RFR) -Sinais Vitais: -FR: 22 ciclos/minuto -SPO2: 96 % com aporte de O2 a 1L/m -Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído à esquerda, mais acentuado no terço inferior e discretas crepitações da base à direita; -Rx Tórax: Revela ligeiro desvio da traqueia para o lado direito; hemicúpula

modo a reduzir ou minimizar os efeitos da parésia diafragmática esquerda.	A.M.; -Realizar colheita de dados/avaliação inicial da Sr.^a A.M. e da sua função respiratória (monitorizar a frequência, ritmo e amplitude respiratória, bem como a presença ou não de sinais de dificuldade respiratória (dispneia/picira/farfalheira, entre outros), para se traçar o plano de intervenção de ER em conjunto com a doente e de acordo com o seu grau de tolerância, aprendizagem, compreensão e de capacidade para realizar determinados exercícios; -Realizar as sessões de RFR com aporte de oxigénio a 1L/m, tal como prescrição médica, para proteção do miocárdio; -Monitorizar a oximetria e a frequência cardíaca no início e no final das sessões de RFR; -Realizar a auscultação pulmonar no início e no final das sessões de RFR; -Avaliar a Dor no início, durante e no final das sessões de RFR, recorrendo à Escala Numérica da Dor; -Aplicar a Escala de Borg Modificada e o Questionário de St. George para avaliação da qualidade de vida na patologia respiratória, pré	diafragmática direita bem delimitada sem apagamento dos seios costó-frénico e cardio-frénico; hemicúpula diafragmática esquerda ao nível do 7º arco costal anterior com ligeiro apagamento dos seios costó-frénico e cardio-frénico. -Avaliação da Dispneia/Escala de Borg score: 2 score ao esforço: 7. Não verbaliza dispneia mas sim um cansaço fácil a pequenos esforços; -Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal; sem assimetrias; presença de cicatriz de esternotomia; -Inspeção dinâmica do tórax: Movimentos torácicos diminuídos com respiração predominantemente abdominal; amplitude pouco profunda; Tempo inspiratório diminuído em relação ao expiratório; -Sem tosse e sem expectoração; -Dor: Refere um desconforto a nível do hemitórax à direita que se intensifica quando posicionada em decúbito lateral direito (EN:
---	--	---

	sessões e pós sessões; -Avaliar a presença de dispnéia para adequar os exercícios às necessidades/limitações da Sr.^a A.M.; -Ensinar os cuidados de higienização com os dispositivos utilizados durante as sessões de RFR (óculos nasais, espirômetro incentivo) e reforçar a necessidade de os trazer sempre consigo nos dias de RFR; -Ensinar Posições de descanso e de relaxamento para poder adotá-las também no domicílio; -Promover um ambiente aquecido, calmo e tranquilo, bem como o uso de roupa larga e leve, que facilitam o relaxamento físico e psíquico para a realização das sessões de RFR; - Incentivar a Sr.^a A.M. a colaborar no seu plano de RFR, explicando-lhe todos os procedimentos, o que é e quais as suas vantagens, esclarecendo todas as suas dúvidas; -Promover a privacidade da Sr.^a A.M. durante a realização das sessões de RFR; -Ensinar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase no tempo	score 2 intensidade ligeira); -Nesta 1ª sessão de RFR deu-se maior ênfase ao ensino das posições de relaxamento e da posição em que deverá dormir no domicílio (DLD) mediante a sua tolerância; -Fez-se a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase no tempo inspiratório e ensino da expiração mais prolongada com os lábios semicerrados; -Como se tratava da 1ª sessão de RFR deu-se maior incidência nos exercícios no lado da parésia (abdomino-diafragmática hemicúpula esquerda; costal seletiva esquerda com abdução do MS e antero-lateral esquerda), conseguindo realizar duas séries de 10, respeitando momento de pausa entre as séries; -A Sr.^a A.M. encontrava-se com umas calças apertadas e foi-lhe realizado ensino para trazer sempre roupa mais larga, leve e confortável que não lhe limite os movimentos;
--	---	---

	inspiratório, reforçando para realizar inspirações profundas pelo nariz e expirações lentas pela boca com os lábios semicerrados; -Realizar Reeducação Abdomino-diafragmática: posterior com resistência; seletiva hemicipula direita e esquerda, com maior ênfase na esquerda; e global; -Realizar Reeducação Costal Global com bastão inicialmente até aos 90° e aumentar conforme tolerância da Sr.^a A.M.; seletiva direita e esquerda com abdução do membro superior e antero-lateral direita e esquerda com resistência, dando sempre maior ênfase à esquerda; NOTA: A Reeducação Costal em postero-laterais não será introduzida inicialmente dado a Sr. A.M. referir desconforto a nível do hemitórax à direita quando posicionada em decúbito lateral direito; -Ensinar a Tosse dirigida e com contenção da zona da sutura operatória para uma maior proteção e conforto; -Ensinar a técnica do levante da maca/cama com carga no cotovelo; -Introduzir a curto prazo o ensino da utilização do espirômetro incentivo para realizar nas sessões de	11/1/2013 (2ª Sessão de RFR) -Realizou exercícios de RFR com resistência de 0,5Kg; -A Sr.^a A.M. referiu que treinou no domicílio a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios pelo que hoje cumpriu Programa de RFR com melhoramento do controlo dos tempos respiratórios, bem como realizou os exercícios bilateralmente com boa tolerância; -Realizado ensino da tosse com contenção e validade compreensão e sua realização pela Sr.^a A.M.; -Ao levante referiu sentir uma ligeira tontura foi-lhe realizado ensino do levante gradual com carga no cotovelo que realizou com ajuda parcial; 14/1/2013 (3ª Sessão de RFR) -Mantido programa de RFR, hoje com aumento da resistência para 1Kg com boa tolerância por parte da Sr.^a A.M.;
--	---	---

	RFR e no domicílio, aumentando gradualmente o grau de dificuldade de acordo com a tolerância da Sr.^a A.M.; -No ginásio em frente ao espelho quadrado realizado a curto prazo exercícios de correção postural: • Com bastão, exercícios de reeducação costal global inicialmente sentada, e a médio prazo realizar também em pé; • Com roldanas, exercícios de abertura costal à esquerda e à direita, inicialmente com incrementos de 0,5 Kg e aumentando gradualmente de acordo com a tolerância da Sr.^a A. M.; • No espaldar e com a bola suíça dependendo da tolerância da Sr.^a A.M.; - Iniciar os exercícios com uma série de 10 repetições e ir aumentando progressivamente até 20 consoante a tolerância da Sr.^a A.M.; -Motivar e dar sempre o reforço positivo à Sr.^a A.M. durante a realização dos exercícios; -Ensinar medidas gerais, tais como: não realizar os exercícios imediatamente após as refeições;	-Introduzido o espirómetro incentivo, com boa aceitação e adaptação por parte da Sr.^a A.M., tendo-lhe sido realizados ensinamentos relativos aos seus objetivos, correta utilização e manutenção; A Sr.^a A.M. foi motivada para a sua utilização no domicílio e explicando-lhe que inicialmente pode não conseguir realizar o exercício de modo eficaz mas que com o treino conseguirá; Iniciou o treino com espirómetro incentivo numa resistência de 2 com realização de 2 séries de 10, respeitando a pausa entre as séries; -A Sr. A.M. refere que já consegue tolerar melhor o DLD mas que não consegue dormir tão bem; foi-lhe explicado que pode adotar essa posição por períodos e se não conseguir dormir totalmente de lado pode optar por um SDD; 15/1/2013 (4ª Sessão de RFR) -Mantido Programa de RFR e Espirómetro de incentivo numa resistência de 2 com melhor adaptação da Sr.^a A.M ao mesmo;
--	--	--

	respeitando pausas de 2 horas; usar roupa confortável e tênis para o treino de exercícios no ginásio; - Realizar ensinios para adoção de estilos de vida saudáveis com recurso a uma alimentação equilibrada e hidratação adequadas, bem como à realização de exercício físico regular adaptado às necessidades/limitações da Sr.ª A.M. e de acordo com os seus gostos pessoais como caminhada com controlo respiratório; -Fornecer panfleto existente na URFR acerca dos posicionamentos que pode fazer para treinar no domicílio os exercícios de RFR de modo a motivar para a sua realização, promoção do seu autocuidado e autonomia; -Validar e supervisionar todos os ensinios realizados e panfletos fornecidos à Sr.ª A.M., demonstrando disponibilidade para esclarecer todas as suas dúvidas e receios; -Realizar registos de enfermagem de reabilitação no processo individual da Sr.ª A.M. e nas folhas de registo adotadas na URFR; NOTA: Neste caso específico da Sr.ª A.M. não há	-Introduzidos exercícios no ginásio de correção postural frente ao espelho quadrículado e de reeducação costal global com o bastão sentada, ainda com alguma dificuldade, devido ao cansaço; -Introduzidos os exercícios com roldanas inicialmente com incrementos de 0,5Kg em séries de 1x10 de cada lado. Neste primeiro dia a Sr.ª A.M. realizou 1 série de 10 à esquerda e 1 série de 5 à direita, devido ao desconforto já referido a nível do hemitórax direito; 18/1/2013 (7ª Sessão de RFR) -A Sr.ª A.M. já realiza controlo e dissociação dos tempos respiratórios de forma mais autónoma, apenas necessitando de supervisão; -Realiza o espirómetro incentivo com maior eficácia (resistência 2/3) mais ainda necessitando de apoio/supervisão na medida em que há vezes que após a realização do
--	---	---

	expetoração para drenar, se houvesse apenas se poderia realizar Drenagem Postural Modificada dada a sua patologia cardíaca e por ser uma doente sob anticoagulação oral também não tem indicação para realização de manobras acessórias	espirómetro não realiza expirações prolongadas e não cumpre os períodos de pausa entre cada inspiração profunda pelo espirómetro; Reforçados ensinios nesta área; - A Sr.^a A.M. tem apresentado melhoria dos volumes inspiratórios, pelo que se passou a dar também ênfase à fase expiratória com resistência de forma a melhorar a distribuição alveolar e consequentemente prevenir defeitos ventilatórios; -Na realização dos exercícios de RFR foram aumentadas o nº de séries para 2x 10 com tolerância da Sr.^a A.M.; -No exercício com as roldanas já conseguiu realizar série de 1x10 bilateralmente; -Ao longo das sessões tem-se apresentado sempre eupneica com SPO2 de 96/97% com aporte de O2 1L/m por óculos nasais e FC entre os 60-70 b/m durante a realização dos exercícios de RFR; A FR está mais controlada 20 ciclos/minuto; -Ao longo das sessões de RFR tem-se
--	--	--

		demonstrado sempre bastante colaborante, esclarecendo as suas dúvidas junto da equipa; -Refere que mantém o cansaço mas já consegue controlar melhor a respiração, tendo já iniciado caminhada embora por distâncias curtas para passear a sua cadela; 22/1/2013 (9ª Sessão de RFR) - A Sr.ª A.M. realizou exercícios de RFR com resistência de 1Kg, com maior controlo respiratório, tendo-se aumentado o número de repetições para 2 séries de 15 em cada exercício, com boa tolerância; -Auscultação Pulmonar: Mantém murmúrio vesicular diminuído à esquerda, mais acentuado no terço inferior e hoje sem ruídos adventícios;
--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AValiação
2- Déficit de autocuidado na adaptação ao esforço para a realização das AVD'S e atividades domésticas, relacionado com limitação na expansão pulmonar devido à parésia diafragmática à esquerda e manifestado por cansaço fácil a pequenos esforços quando da realização dessas atividades.	Que a Sr. ^a A.M. recupere a capacidade para realizar as suas AVD'S e atividades domésticas com o menor dispêndio de energia e com diminuição do cansaço fácil a pequenos esforços na realização das mesmas, com vista a uma readaptação ao esforço que lhe permita posteriormente reintegrar-se mais facilmente na sua atividade profissional.	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação através de Ensino, Treino, Orientação e Supervisão -Consultar o processo clínico e exames complementares de diagnóstico existentes (análises, Hemoglobina, INR; Gasimetria arterial; Rx tórax, entre outros) antes do início das sessões de RFR e exercícios de readaptação ao esforço no treino de AVD's, para se poder traçar um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação (ER) individualizado e direcionado para as necessidades específicas da SR.^a A.M.; -Realizar colheita de dados/avaliação inicial da Sr.^a A.M. e da sua função respiratória, para se traçar o plano de intervenção de ER em conjunto com a doente e de acordo com o seu grau de tolerância, compreensão e de capacidade para realizar determinados exercícios; -Realizar as sessões de RFR e exercícios de readaptação ao esforço no treino de AVD's com aporte de oxigénio	10/1/2013 (1ª Sessão de RFR) --Sinais Vitais: -FR: 22 ciclos/minuto -SPO2: 96 % com aporte de O2 a 1L/m -Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído à esquerda e discretas crepitações da base à direita; -Rx Tórax: Revela ligeiro desvio da traqueia para o lado direito; hemicúpula diafragmática direita bem delimitada sem apagamento dos seios costo-frénico e cardio-frénico; hemicúpula diafragmática esquerda ao nível do 7º arco costal anterior com ligeiro apagamento dos seios costo-frénico e cardio-frénico. -Avaliação da Dispneia/Escala de Borg score: 2 score ao esforço: 7. Não verbaliza dispneia mas sim um cansaço fácil a

	a 1L/m, tal como prescrição médica, para proteção do miocárdio; -Monitorizar a oximetria e a frequência cardíaca no início e no final das sessões de RFR e exercícios de readaptação ao esforço no treino de AVD's; -Realizar a auscultação pulmonar no início e no final das sessões; -Avaliar a Dor no início, durante e no final das sessões de RFR e exercícios de readaptação ao esforço no treino de AVD's, recorrendo à Escala Numérica da Dor; -Aplicar a Escala de Borg Modificada e o Questionário de St. George para avaliação da qualidade de vida na patologia respiratória, pré treino e pós treino; -Ensinar Posições de descanso e de relaxamento para poder adotá-las também no domicílio; -Promover um ambiente calmo e tranquilo para a realização das sessões de RFR e exercícios de readaptação ao esforço no treino de AVD's; -Ensinar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase no tempo inspiratório, reforçando para realizar inspirações profundas pelo nariz e expirações lentas pela boca com os lábios	pequenos esforços; -Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal; sem assimetrias; presença de cicatriz de esternotomia; -Inspeção dinâmica do tórax: Movimentos torácicos diminuídos com respiração predominantemente abdominal; amplitude pouco profunda; Tempo inspiratório diminuído em relação ao expiratório; -Sem tosse e sem expetoração; -Dor: Refere um desconforto a nível do hemitórax à direita que se intensifica quando posicionada em decúbito lateral direito; -A Sr.ª A.M. refere ter dificuldade na realização das suas AVD's e tarefas domésticas, nomeadamente na higiene; no vestir; no varrer o chão; no cozinhar, sendo que essa dificuldade se prende com o facto de se cansar com muita facilidade, tendo que fazer várias pausas até conseguir
--	--	--

	semicerrados; -Realizar Reeducação Abdomino-diafragmática: posterior com resistência; seletiva hemicúpula direita e esquerda, com maior ênfase na esquerda; e global; -Realizar Reeducação Costal Global com bastão inicialmente até aos 90° e aumentar conforme tolerância da Sr. ^a A.M.; seletiva direita e esquerda com abdução do membro superior e antero-lateral direita e esquerda com resistência, dando sempre maior ênfase à esquerda; NOTA: A Reeducação Costal em postero-laterais não será introduzida inicialmente dado a Sr. A.M. referir desconforto a nível do hemitórax à direita quando posicionada em decúbito lateral direito; -Ensinar a técnica do levantar da maca/cama com carga no cotovelo; -Ensinar a correta utilização do espirômetro incentivo para realizar nas sessões de RFR e no domicílio, aumentando gradualmente o grau de dificuldade de acordo com a tolerância da Sr. ^a A.M.; -No ginásio no espelho quadrículado realizar a correção postural, bem como exercícios de reeducação costal global com bastão inicialmente sentada e	terminar uma tarefa; Neste sentido foram-lhe realizados ensinamentos para realizar as AVD's com o menos dispêndio de energia; -A Sr. ^a A.M. refere também não conseguir subir e descer escadas devido ao cansaço, pelo que lhe foram realizados ensinamentos de como deve controlar a respiração no momento de subida e descida; -Realizou Exercícios de RFR com ênfase na consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios de modo a que através do controlo respiratório consiga poupar a energia gasta nos movimentos durante a realização das AVD's; 14/1/2013 (3ª Sessão de RFR) -Introduzido espirômetro incentivo com boa aceitação e adaptação por parte da Sr. ^a A.M., motivando-a para a sua realização no domicílio e corrigindo os erros da sua utilização, de modo a que seja realizado o mais eficazmente possível;
--	---	---

	posteriormente em pé; - Introduzir as roldanas para melhorar a correção postural e realizar uma abertura costal à esquerda e à direita, inicialmente com incrementos de 0,5Kg e aumentado gradualmente de acordo com a tolerância da Sr.^a A. M.; -Introduzir exercícios no espaldar de acordo com a tolerância da Sr.^a A.M.; -Ensinar exercícios com bola suíça para melhorar a postura corporal, de acordo com a tolerância da Sr.^a A.M.; - Iniciar os exercícios com uma série de 10 repetições e ir aumentando progressivamente até 20 consoante a tolerância da Sr.^a A.M., -Ensinar a Sr.^a A.M. a realizar as suas AVD's de forma calma, reduzindo o seu ritmo e respeitando os seus limites, organizando o seu dia de acordo com as atividades mais prioritárias; -Reforçar que se sentir cansada durante a realização de uma atividade deverá para e descansar um bocado, de modo a recuperar a energia; -Ensinar a utilizar a técnica de expiração com os lábios	15/1/2013 (4ª Sessão de RFR) -Iniciou treino no ginásio frente ao espelho quadrado para correção postural e reeducação costal global com o bastão sentada; -Introduzidos os exercícios com roldanas inicialmente com incrementos de 0,5 Kg em séries de 1x10 de cada lado, neste primeiro dia a Sr.^a A.M. realizou 1x10 à esquerda e 1x5 à direita, sendo este último o que refere que lhe custa mais devido ao desconforto já referido a nível do hemitórax direito; 18/1/2013 (7ª Sessão de RFR) -Realiza o espirómetro incentivo com maior eficácia, embora ainda necessite de orientação para não se esquecer de realizar expirações prolongadas após a sua utilização. Aumentada intensidade do espirómetro para o nível 4; -A Sr.^a A.M. refere que tem realizado os
--	---	---

	semicerrados nas atividades de maior esforço, sendo que a expiração deverá ser realizada no esforço, no sentido do movimento; -No domicílio incentivar a Sr.^a A.M. a arrumar o material mais usado em locais de fácil acesso, ou seja, entre a altura dos ombros e da cintura; -Incentivar a descansar 30 minutos após as refeições; -Na higiene incentivar a realizá-la sentada e a reunir todo o material previamente à sua utilização; - Promover a utilização de roupas largas e de fácil vestir/despir, incentivando a Sr.^a A.M. a vestir-se e a calçar-se sentada; -Nas atividades domésticas como limpar a casa, varrer o chão incentivar a manter um ambiente arejado e se possível utilizar máscara, assim como, deverá recorrer a utensílios (vassoura) de cabo comprido; Para apanhar objetos do chão ensinar a não dobrar a coluna mas sim a fletir os joelhos mantendo a coluna direita; -No cozinhar ensinar a Sr. A.M. a colocar na bancada da cozinha previamente todos os alimentos e utensílios que vai utilizar de modo a poder preparar os alimentos sentada;	exercícios de RFR no domicílio, bem como o espirômetro incentivo, verbalizando que sente que tem mais dificuldade em respirar para o peito à esquerda (SIC); -Na realização dos exercícios de RFR foram aumentadas o nº de séries para 2x 10 com tolerância da Sr.^a A.M.; -No exercício com as roldanas já consegue realizar série de 1x10 bilateralmente; -Refere que embora mantenha o cansaço fácil já vai realizando algumas tarefas domésticas, tais como cozinhar, embora ainda conte com a ajuda da irmã para refeições mais elaboradas e para as tarefas domésticas mais pesadas; -Refere que já tem conseguido realizar alguma caminhada embora a curtas distâncias, quando vai passear a sua cadela à rua; Reforçados ensinios acerca do controlo respiratório na marcha; -Demonstra preocupação sobre o retorno à sua atividade profissional onde terá que
--	--	--

		-Ensinar a fazer comprar sempre com carrinho para poder parar e apoiar-se no carrinho sempre que se sentir mais cansada, e organizar uma lista de compras para não perder muito tempo e não ir mais do que uma vez ao mesmo corredor; -Ensinar a elevar e transportar pesos/cargas, realizando a flexão dos joelhos e apoiando a carga junto ao corpo com as duas mãos, de modo a manter as costas direitas à medida que se eleva o objeto e transportar o objeto junto ao corpo enquanto expira lentamente; -Envolver a família no sentido de colaborar/dar apoio à Sr.ª A.M. nas tarefas que requerem maior esforço; -Treinar a Sr.ª A.M. a subir e descer escadas, ensinando a inspirar lentamente em repouso e expirar lentamente no subir e descer; -Treinar a marcha, ensinando a Sr.ª A.M. a no início da marcha inspirar em repouso e dar alguns passos enquanto expira lentamente; -Incentivar a realizar exercício físico geral como por exemplo caminhada ao ar livre; -Ensinar estratégias a adotar quando retomar a sua atividade profissional;	transportar pesos (tabuleiros dos bolo), pelo que foram-lhe realizados ensinios acerca de como transportar/elevar pessoas; -Refere que não consegue correr para apanhar os transportes públicos (metro) como fazia anteriormente à cirurgia; 21/01/13 (9ª Sessão de RFR) -Realizados ensinios para realizar as AVD's recorrendo a técnicas de conservação de energia na higiene; vestir/despir; tarefas domésticas como varrer o chão, estender e apanhar a roupa, com boa aceitação por parte da Sr.ª A.M. embora verbalize que lhe faz confusão realizar algumas atividades sentada uma vez que sempre foi muito energética (SIC); -Introduzido Treino de subida e descida de escadas com aplicação da técnica de conservação de energia, tendo conseguido subir e descer 22 degraus sem cansaço significativo. No entanto revela dificuldade
--	--	---	---

	-Fornecer panfletos existente na URFR acerca de como diminuir o gasto de energia na realização das AVD'S; -Validar e supervisionar todos os ensinios realizados e panfletos fornecidos à Sr.^a A.M., demonstrando disponibilidade para esclarecer todas as suas dúvidas e receios; -Realizar registros de enfermagem de reabilitação no processo individual da Sr.^a A.M. e nas folhas de registro adotadas na URFR;	e preocupação por não conseguir realizar a atividade a um ritmo mais acelerado, respeitando os tempos respiratórios, uma vez que a sua atividade profissional assim o exige. Foi prestado apoio emocional no sentido de demonstrar à Sr.^a A.M. que nesta fase é normal sentir-se assim e que o ritmo tem que ser mais lento, pois é preferível realizar corretamente a um ritmo mais lento do que realizar a um ritmo mais acelerado e por não conseguir coordenar os movimentos respiratórios, ficar mais cansada; 23/1/2013 (11ª Sessão de RFR) -Mantido Programa de RFR com boa tolerância da Sr.^a A.M.. No entanto hoje optou-se por apenas realizar reeducação costal global com bastão em posição deitada, dado ter-se observado um maior cansaço por parte da Sr.^a A.M. na posição de sentada, limitando a realização dos restantes exercícios. Deste modo, adaptou-
--	---	--

		se o treino e em posição de sentada reforçou-se a correção postural frente ao espelho quadriculado bem como a reeducação abdomino-diafragmática. -Validado treino com espirômetro incentivo junto da Sr. ^a A.M. e observou-se melhor adaptação na resistência 4, pelo que se sugeriu que em casa aumentasse para resistência 5. Hoje não se aumentou a resistência para não aumentar o cansaço, uma vez que realizou o programa de RFR completo.
--	--	---

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
3- Déficit de conhecimentos acerca da parésia diafragmática e das suas implicações para a sua função respiratória e realização de AVD's manifestado por verbalizações da Sr.ª A.M. tais como: "Não compreendo porque é que me sinto pior depois da cirurgia... antes da cirurgia não me sentia tão cansada...agora não consigo fazer nenhuma tarefa sem me sentir cansada... só o vestir me cansa... não consigo varrer... nem acompanhar o ritmo das outras pessoas...	Que a Sr.ª A.M. adquira conhecimentos que lhe permitam adotar estratégias para se adaptar o melhor possível à sua nova condição de saúde/doença.	Sistema de Apoio-Educação -Compreender o que a Sr.ª A.M. sabe acerca da sua situação clínica; -Demonstrar disponibilidade para informar e esclarecer as dúvidas da Sr.ª A.M. relativamente à sua situação clínica, adaptando a linguagem e validando a sua compreensão acerca das explicações que lhe foram fornecidas; -Proporcionar um ambiente favorável ao estabelecimento de uma relação de ajuda de modo a que a Sr.ª A.M. expresse os seus sentimentos, receios e expectativas relativamente às sessões de RFR, reduzindo assim o seu nível de ansiedade e prestando apoio emocional; -Informar e esclarecer a Sr.ª A.M. acerca de todos os exercícios que serão realizados ao longo das sessões de RFR e exercícios de readaptação ao esforço no treino de AVD's, bem como da sua finalidade; -Incentivar e envolver a Sr.ª A.M. na realização dos exercícios de modo a que possa aprendê-los e realizá-los também no domicílio, promovendo assim o seu autocuidado e autonomia; - Disponibilizar informação através do fornecimento dos	10/1/2013 (1ª Sessão de RFR) -A Sr.ª A.M. foi informada e esclarecida acerca do que consiste a parésia diafragmática esquerda e das suas implicações, tendo demonstrado entendimento sobre a sua doença, grande motivação e interesse por cumprir o programa de reabilitação; 11 a 18/1/2013 (2ª a 8ª Sessões de RFR) - Ao longo do programa de reabilitação a Sr.ª A.M. foi demonstrando maior facilidade na gestão do cansaço e sempre que lhe foi surgindo dúvidas esteve à vontade para esclarecê-las com a equipa: -Demonstra compreender a

antes corria para apanhar o autocarro e o metro agora estou sempre a perdê-los..." (SIC)		panfletos existentes na URFR que permitirão que realize os exercícios no domicílio tendo onde recorrer caso surja alguma dúvida; - Incentivar a Sr.^a A.M. a envolver a família no seu tratamento, de modo a colaborar na realização dos exercícios no domicílio; -Realizar registos de enfermagem de reabilitação no processo individual da Sr.^a A.M. e nas folhas de registo adotadas na URFR;	importância dos exercícios de RFR e dos exercícios de readaptação ao esforço no treino de AVD's; -Verbaliza que tem realizado algumas caminhadas, embora curtas, quando vai passear a sua cadela à rua; -Tem tido a colaboração da sua irmã a nível das tarefas domésticas, contudo não deixa de as realizar, embora mantenha ainda cansaço; -Fornecidos panfletos existentes na URFR relativos aos posicionamentos a adotar nos exercícios de RFR e sobre técnicas de realizar AVD's com conservação de energia; 21 a 23/1/2013 (9ª a 11ª Sessões de RFR) - A Sr.^a A.M. verbalizou que
--	--	--	---

		durante o fim de semana o filho esteve a ajudá-la na realização do espirómetro incentivo; -Segundo a Sr.^a A.M. este fim de semana já conseguiu cozinhar para toda a família embora demore mais tempo que antigamente e ainda sinta alguma dificuldade em adaptar-se a esta nova condição, assim como, refere que lhe faz muita confusão vestir-se sentada (SIC); -Manifestou dificuldade em controlar a respiração na subida e descida das escadas no metro, reforçados ensinios neste campo;
--	--	---

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AValiação
4- Ansiedade relacionada com a preocupação que a Sr. ^a A.M. sente com o regresso à sua atividade profissional e com a doença oncológica da irmã, diagnosticada recentemente e à qual quer dar o máximo de apoio, e manifestada por verbalizações da Sr. ^a A.M. tais como: “como é que eu vou fazer quando for trabalhar?... não posso sobrecarregar a minha colega... nem consigo subir escadas como é que depois vou carregar os tabuleiros dos bolos?... Logo agora que preciso de dar tanto	-Que a Sr. ^a A.M. diminua o seu nível de ansiedade, através da compreensão da sua doença e da adoção de estratégias que a permitam contornar as limitações que se lhe impõem, de modo a retomar a sua atividade profissional o mais autonomamente possível e a conseguir dar apoio à sua irmã.	-Demonstrar disponibilidade para escutar as preocupações, receios e anseios da Sr.^a A.M. valorizando-os e dando-lhes visibilidade de modo a que deixem de ser fator condicionante da sua participação e concentração nos exercícios; -Compreender como a Sr.^a A.M. encara a sua situação clínica atual e como é que esta influencia a sua maneira de enfrentar a vida e o futuro; -Em conjunto com a Sr.^a A.M. adotar estratégias que ajudem a integrar a sua situação clínica na sua vida familiar e profissional; - Acompanhar a Sr.^a A.M. na promoção do seu autocuidado; aquisição de autonomia e gestão da sua própria doença; - Coordenar os horários das sessões de RFR às necessidades da Sr.^a A.M., como por exemplo nos dias em que teve consulta na médica de família e nos dias de controlo de INR; -Falar com médica para alteração do dia da consulta de pneumologia da Sr.^a A.M., uma vez que no dia da consulta a sua irmã terá também consulta de oncologia e a Sr.^a A.M. quer muito poder acompanhar a irmã nesta fase difícil em que está à espera de saber se o seu tumor é maligno ou benigno;	10 a 23/1/2013 (1^a à 11^a Sessões de RFR) - No decorrer das sessões a Sr.^a A.M. verbalizou perceber o que tem que fazer para gerir a sua própria doença, como adaptar a sua situação ao seu quotidiano, embora revele preocupação com o regresso à sua atividade profissional que exige muito de si e é muito stressante (SIC); -Alterado horário da Sessão de RFR da Sr.^a A.M. no dia 14/1/2013, dado ter-nos informado que nesse dia se deslocaria a uma consulta com a médica de família, o que diminui a significativamente a sua ansiedade, assim como, permitiu

apoio à minha irmã que tem um cancro do cólo do útero é que me foi acontecer isto..." (SIC)		-Realizar registos de enfermagem de reabilitação no processo individual da Sr.ª A.M. e nas folhas de registo adotadas na URFR; -Alterada data da realização de RX e de consulta de pneumologia para a Sr.ª A.M. estar mais disponível para poder acompanhar a sua irmã a uma consulta de oncologia; -A Sr.ª A.M. demonstrou várias vezes preocupação com a doença da sua irmã sendo que o fato de se ter alterado o dia da consulta para poder acompanhar a sua irmã a deixou muito mais tranquila, diminuindo a sua ansiedade significativamente; -Ao longo das sessões a Sr.ª A.M. foi demonstrando a sua preocupação em não conseguir recuperar e ficar incapacitada para trabalhar na sua atividade profissional; Foram-lhe sugeridas	que não falhasse a sessão de RFR; -Alterada data da realização de RX e de consulta de pneumologia para a Sr.ª A.M. estar mais disponível para poder acompanhar a sua irmã a uma consulta de oncologia; -A Sr.ª A.M. demonstrou várias vezes preocupação com a doença da sua irmã sendo que o fato de se ter alterado o dia da consulta para poder acompanhar a sua irmã a deixou muito mais tranquila, diminuindo a sua ansiedade significativamente; -Ao longo das sessões a Sr.ª A.M. foi demonstrando a sua preocupação em não conseguir recuperar e ficar incapacitada para trabalhar na sua atividade profissional; Foram-lhe sugeridas
--	--	---	--

		algumas estratégias e alternativas para conseguir gerir essa situação; -Ao longo das sessões a Sr.^a A.M. demonstrou sentir por parte da equipa disponibilidade para colocar as suas questões, preocupações, assim como, simplesmente conversar um pouco com a equipa acerca dos seus problemas familiares, dificuldades sentidas e como está a conseguir gerir o mesmo.
--	--	--