



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**
Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado na Reabilitação da pessoa
com Lesão Vertebro-Medular: a transição do
internamento para o domicílio**

Nautília Vicência Cardoso Caleço



**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**
Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado na Reabilitação da pessoa
com Lesão Vertebro-Medular: a transição do
internamento para o domicílio**

Nautília Vicência Cardoso Caleço

Orientador: Vanda Lopes da Costa Marques Pinto
Coorientador: Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Para ser grande, sê inteiro: nada

Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda

Brilha, porque alta vive.”

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles, que de uma maneira ou de outra, me apoiaram durante os dois últimos anos, nos altos e baixos, nos momentos bons e nos menos bons, mas ao mesmo também de realização e gratificação a nível pessoal e profissional.

Ao professor Ricardo Braga, orientador neste percurso, pela disponibilidade e apoio, sempre que solicitado.

Aos enfermeiros orientadores dos campos de estágio, bem como às equipas multidisciplinares com quem contactei, pela disponibilidade em colaborar no percurso formativo, na partilha de conhecimentos, e por me mostrarem o que é o cuidado de reabilitação.

Aos utentes e famílias, com quem partilhei momentos de alegrias e dificuldade, que me inspiraram pela sua resiliência, e de quem não me irei esquecer.

Aos meus colegas do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, pelo apoio, companheirismo, partilha de experiências, alegrias, dúvidas e frustrações, este percurso não teria sido o mesmo sem vocês.

Aos meus colegas de trabalho e chefias, pela compreensão nas minhas ausências.

Às minhas amigas Cátia e Cidália, que nos momentos altos e baixos, estiveram sempre lá, com uma palavra amiga, e com a força e o ânimo que me impediram de desistir, tantas e tantas vezes, ao longo deste percurso.

Por fim, à minha família, em especial à minha mãe, pela compreensão e apoio durante este caminho, por nunca deixarem de acreditar em mim, e terem sido um pilar em todos os momentos, e por me incentivarem sempre na busca dos meus sonhos.

Lista de Abreviaturas/Siglas

- APA: American Psychological Association;
- A.S.: Assistente Social;
- AVC: Acidente Vascular Cerebral;
- AVD: Atividades de Vida Diárias;
- CI: Cuidador Informal;
- CMEER: Curso de Mestrado na área de especialidade de Enfermagem de Reabilitação;
- EE: Enfermeiro Especialista;
- EEER: Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação;
- ECCL: Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
- ECL: Equipa Coordenadora Local;
- EGA: Equipa de Gestão de Altas;
- ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- EUA: Estados Unidos da América;
- LM: Lesões Medulares;
- LVM: Lesão Vértebro-Medular;
- MFR: Medicina Física de Reabilitação;
- OE: Ordem dos Enfermeiros;
- OMS: Organização Mundial de Saúde;
- RFA: Reeducação da Função da Alimentação;
- RFR: Reeducação da Função da Respiração;

- RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- SCI: Spinal Cord Injury;
- SNRN: Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing;
- SNS: Serviço Nacional de Saúde;
- TDAE: Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem;
- TVM: Traumatismo Vertebro-Medular;
- UC: Unidade Curricular;
- UCC: Unidade de Cuidados Continuados;
- WHO: World Health Organization.

Resumo

As doenças neurológicas têm um elevado impacto social, económico e pessoal nos indivíduos que dela padecem, têm também grande impacto nos orçamentos das despesas em saúde a nível mundial. A lesão medular é definida por qualquer agressão à medula espinhal, que cause dano à mesma, afetando a sua função, de forma temporária ou permanente. A Lesão Vertebro-Medular (LVM), tem implicações nas funções vitais, sensoriomotoras e no sistema nervoso autónomo. A pessoa com LVM, sofre impactos ao nível da funcionalidade, repercutindo-se na sua vida pessoal, social, e na maioria dos casos, durante toda a sua vida.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), junto da pessoa com LVM, tem uma grande área de abrangência, e requer conhecimentos específicos. O EEER, apresenta competências que lhe permitem cuidar, planejar e adequar intervenções junto da pessoa com LVM, nas várias fase da doença, desde a fase aguda à fase de sequelas; as suas intervenções vão de encontro às necessidades da pessoa, e têm como objetivo identificar os défices de autocuidado, e através de planos de reabilitação direcionados, maximizar as potencialidades da pessoa com LVM, instruir os seus familiares/cuidadores, de forma a capacitá-los para uma melhor prestação e continuidade de cuidados, bem como alertar para os riscos e/ou possíveis complicações associadas à LVM.

Assim, no âmbito do curso de mestrado na área de especialidade de enfermagem de reabilitação, o objetivo deste relatório é a descrição e reflexão sobre o percurso formativo, sobre a aquisição das competências comuns e específicas do EEER, suportado pelas experiências e atividades realizadas ao longo dos ensinos clínicos.

Pretende-se salientar o papel do EEER, na prestação de cuidados à pessoa com LVM, e qual o seu papel na transmissão de conhecimentos à mesma, na aquisição de capacidades no que ao Autocuidado diz respeito.

Palavras-Chave: Lesão Vertebro-Medular; Reabilitação; Enfermagem de Reabilitação; Intervenções; Autocuidado.

Abstract

Neurological diseases have a high social, economic and personal impact on individuals who suffer from them, and they also have a major impact on health spending budgets worldwide. Spinal cord injury is defined as any aggression to the spinal cord that causes damage to it, affecting its function, temporarily or permanently. Spinal Cord Injury (SCI) has implications for vital, sensorimotor and autonomic nervous system functions. The person with SCI suffers impacts in terms of functionality, affecting their personal, social, and in most cases, life-long.

The intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (SNRN), with the person with SCI, has a large area of coverage, and requires specific knowledge. The SNRN has skills that allow it to care, plan and adapt interventions to the person with SCI, in the various stages of the disease, from the acute phase to the sequelae phase; their interventions meet the needs of the person, and aim to identify self-care deficits, and through targeted rehabilitation plans, maximize the potential of the person with SCI, instruct their relatives/caregivers, in order to enable them to better provide and continuity of care, as well as warn of the risks and/or possible complications associated with SCI.

Thus, within the scope of the master's degree course in the specialty area of rehabilitation nursing, the objective of this report is to describe and reflect on the training path, on the acquisition of common and specific SNRN skills, supported by the experiences and activities carried out throughout clinical teaching.

It is intended to highlight the role of the SNRN, in the provision of care to the person with SCI, and its role in the transmission of knowledge to them, in the acquisition of skills with regard to Self-Care.

Descriptors: Spinal Cord Injury; Rehabilitation; Nursing Rehabilitation; Interventions; Selfcare.

Índice

Introdução	1
1 – Enquadramento Conceptual:	6
1.1 – A Lesão Vertebro-Medular e o Autocuidado	6
2 – Descrição e análise da aquisição de competências ao longo do percurso formativo	10
2.1 – Breve descrição dos campos de estágio	10
2.2 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	15
2.2.1 – A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	16
2.2.2 – B – Domínio da Melhoria contínua da Qualidade	20
2.2.3 – C – Domínio da Gestão dos Cuidados	23
2.2.4 – D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens	25
Profissionais	
2.3 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	26
2.3.1- J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	27
2.3.2- J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação de atividade e/ou restrição de participação para a reinserção e exercício da cidadania.	30
2.3.3- J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	32
3 - Análise do Percurso Formativo	36
Considerações Finais	39
Referências Bibliográficas	41
Anexos	
Anexo I: Certificado de presença no 1º Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação	
Anexo II: Certificado de presença no Seminário de Reabilitação Cardiorrespiratória	

Apêndices

Apêndice I: Projeto de Estágio

Apêndice II: Guiões e entrevistas dos campos de estágio

Apêndice III: Estudos de Caso

Apêndice IV: Formação em Serviço: Reeducação da Função Alimentação

Apêndice V: Folheto Informativo para Cuidadores: Dificuldade em Engolir

Introdução

O presente relatório, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserido no 3º semestre do 13º Curso de Mestrado na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação (CMEER), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), como condição para a obtenção do grau de mestre. (Decreto-lei nº74/2006)

Tem como objetivo a descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo de dois ensinamentos clínicos, de modo a perceber, através da reflexão, se essas atividades contribuíram para enriquecer o meu processo formativo, e para atingir os objetivos propostos no projeto de estágio, bem como a aquisição das competências próprias da área de especialista de reabilitação, e a obtenção do título de mestre, tal como vem descrito nos descritores de Dublin (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011).

Previamente a este relatório foi elaborado um projeto de estágio (Apêndice I), que serviu de fio condutor para o desenvolvimento deste relatório, e de guia para as atividades a realizar nos ensinamentos clínicos, onde o foco principal foi o doente com LVM, o seu autocuidado e a sua transição do hospital para o domicílio.

Foram definidos como objetivos gerais: 1- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), à pessoa com alterações sensoriomotoras, cognitivas, cardiorrespiratórias, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; 2 - Desenvolver competências no âmbito das intervenções do EEER, relativamente à função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; 3 - Desenvolver competências como EEER, na promoção do autocuidado à pessoa com LVM, e família/cuidador, na transição do internamento para o domicílio.

E como objetivos específicos: 1.1 - Demonstrar uma prática de cuidados responsável, que assegura a defesa e o respeito pelos direitos humanos, sustentada em princípios, valores e normas deontológicas; 1.2 - Colaborar com a equipa de saúde na promoção da melhoria contínua da qualidade de cuidados; 1.3 - Otimizar o processo de cuidados, participando nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar, adequando os

recursos disponíveis às necessidades de cuidados; 1.4 - Criar oportunidades de aprendizagens, em contexto de Ensinos Clínicos, suportando a sua prática clínica na melhor evidência possível; 2.1 - Desenvolver conhecimentos técnicos e científicos, específicos de intervenções do EEER, na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; 2.2 - Avaliar as necessidades de intervenção do EEER, na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; 2.3 - Planear e implementar intervenções que promovam a maximização das capacidades da pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; 2.4 - Avaliar o impacto das intervenções do EEER, na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; 3.1 - Colaborar na conceção e implementação de planos de cuidados/intervenções, no domínio da Enfermagem de Reabilitação, com vista à promoção do autocuidado da pessoa com LVM 3.2 - Desenvolver um plano de intervenções em conjunto com a pessoa com Lesão Vertebro-Medular e família/cuidador, para implementar no domicílio; 3.3 - Maximizar a funcionalidade da pessoa com LVM, em processo de transição saúde-doença, no regresso a casa, facilitando a sua inserção social.

O tema escolhido para o projeto, e para o relatório de estágio foi “Promoção do Autocuidado na Reabilitação da pessoa com Lesão Vertebro-Medular: a transição do internamento para o domicílio”.

Este tema foi escolhido por ser um tema de interesse para a área da reabilitação, na medida em que os cuidados a estas pessoas integram-se nas intervenções autónomas do EEER, nomeadamente nas áreas da função motora, respiratória, cardíaca, cognitiva, sensorial e dor, função vesical intestinal e na deglutição, bem como na capacitação à pessoa e/ou cuidador informal.

A título mais pessoal, é uma área que também suscitou muito interesse, devido às experiências pessoais vividas com familiares portadores de LVM; as implicações pessoais e familiares, bem como as implicações sociais que estas lesões acarretam não só para o

próprio, mas também para os familiares e amigos, foram também o motivo da escolha deste tema, pois a aquisição de competências nesta área, traria mais propriedade nas intervenções dirigidas aos mesmos.

A reabilitação de uma pessoa com LVM, é um processo/trabalho de equipa, a disponibilidade para a aquisição de competências do próprio e dos seus 'cuidadores' é essencial para a sua independência no dia-a-dia, e no seu Autocuidado.

Segundo Faleiros et al (2021), as intervenções do enfermeiro de reabilitação, à pessoa com LVM, vão de encontro à recuperação e/ou adaptação às limitações impostas pelas consequências das lesões sofridas, no que diz respeito não só à manutenção das necessidades humanas básicas, mas também na capacitação dos seus cuidadores, para suprir ou minimizar as necessidades de apoio nas atividades diárias, bem como na melhoria da comunicação, ao nível da gestão das expectativas, e na expressão das emoções da pessoa.

Em Portugal a taxa de incidência anual estimada, no ano de 1998 foi de 57,8 por milhão de habitantes, esta incidência é bimodal em termos de faixa etária, sendo um dos seus picos dos 15 aos 24 anos e outro dos 55 aos 74 anos.; 53,3% dos casos resultantes de acidentes de viação e 37,4% de quedas. Para a população portuguesa não se conhecem dados mais recentes. (Campos et al, 2017)

Noutros países como os EUA, os dados relacionados com as LVM, são um pouco mais recentes; numa população de cerca 329 milhões de pessoas, uma estimativa recente mostrou que a incidência de LVM é de aproximadamente 54 casos por um milhão de habitantes (SCISC, 2015).

Para a disciplina de Enfermagem de Reabilitação, esta é uma das áreas prioritárias de intervenção, ao nível da capacitação da pessoa e/ao cuidador informal; ao nível das intervenções autónomas do enfermeiro especialista em reabilitação na função motora, da respiração, cardíaca, cognitiva, sensorial e dor, função eliminação intestinal e vesical e, na deglutição; e ao nível da área de investigação no âmbito dos processos adaptativos na dependência no Autocuidado em contexto domiciliário, o que também vem dar suporte à escolha do tema do relatório. (O.E., 2014).

Em termos metodológicos, a elaboração deste relatório consistiu na realização de uma revisão narrativa da literatura, tendo como base a pesquisa bibliográfica de artigos científicos através da plataforma *EBSCOhost*, em diversas bases de dados, como a *CINHAL*, o *Medline*, o Google Académico, bem como, revistas científicas, guidelines e/ou jornais (publicações de artigos pertinentes para o tema), assim como obras publicadas por autores de referência na área de especialidade de reabilitação, e outras obras. Foi também realizada pesquisa em fontes consideradas de literatura cinzenta.

Para o enquadramento teórico/conceitual foi definido o espaço temporal de 20 anos, excetuando os livros de referência, (alguns com edição anterior) dos quais se manteve a data original.

O modelo teórico selecionado, e que fez mais sentido para a aquisição de competências, através da realização das atividades propostas, com vista ao cumprimento dos objetivos definidos, foi o modelo de Autocuidado de OREM.

O Autocuidado é o foco e o resultado da prevenção de saúde e das intervenções para gerir a doença que visam melhorar os problemas de saúde física, psicossocial e condição de saúde global dos indivíduos (Sidani, 2011, citado por Petronilho, 2012).

Na enfermagem, a conceptualização do autocuidado teve início em 1956, sendo formalizado e validado em 1967 com o trabalho desenvolvido por Nursing Development Conference Group (Orem 2001). No seu trabalho, Orem (2001, p.43) define

“o autocuidado é uma atividade aprendida pelos indivíduos e orientada para um objetivo, caracteriza-se por uma conduta que existe em situações concretas de vida, conduzida pelas pessoas para si mesmas ou para o ambiente, no sentido de regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento e funcionam em benefício da sua vida, saúde e bem-estar.”

O projeto delineado, foi efetivado durante o período dos ensinos clínicos, que decorreram de 27 de Setembro de 2022 a 8 de Fevereiro de 2023, em dois locais distintos: o primeiro (vertente hospitalar) decorreu num serviço de internamento de um centro de

reabilitação da área metropolitana de Lisboa; o segundo (vertente comunitária), numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), também na área metropolitana de Lisboa.

Em cada um destes contextos de estágio, foram desenvolvidas atividades previamente definidas nos objetivos de estágio.

Este relatório está organizado em 2 partes, a primeira parte referente à fundamentação teórica e enquadramento do tema selecionado, incidindo na sua pertinência, e fazendo referência ao modelo teórico utilizado para análise do mesmo; a segunda parte, é uma descrição e análise do processo formativo, do percurso desenvolvido nos ensinamentos clínicos, que permitiram a aquisição das competências comuns e específicas do EE e mestre na área de reabilitação.

No final deste relatório serão apresentadas algumas considerações finais, em jeito de balanço do percurso realizado, bem como perspetivas para o futuro. Seguindo-se por fim, as referências bibliográficas, de acordo com as normas APA, explanadas no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações (Godinho, 2023), da ESEL, os anexos e os apêndices

1 – Enquadramento Conceptual

1.1 – A Lesão Vertebro-Medular e o Autocuidado

A LVM, ocorre quando forças externas, atingem o corpo da pessoa, causando alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e/ou medula espina. Estas lesões podem ocorrer por compressão, tração ou rutura de tecidos. (O.E., 2009).

É uma situação dramática que pode acontecer na vida de uma pessoa, e afeta a sua vida a vários níveis, não só nas suas funções e funcionalidades, mas também na forma como vive o seu dia-a-dia, com a impacto pessoal, mas também familiar, no seu papel na sociedade e no seio familiar. Este tipo de afeção, afeta não só o individuo que dela padece, mas também a sua família. (CMRA, 2015).

As LVM, estão normalmente relacionadas com traumas mecânicos, associados a acidentes de viação, de trabalho e de práticas desportivas, ou a agressões/atos de violência.

Atualmente não têm grande incidência, ainda assim, podem variar entre 12,1 e 57,8 casos por milhão de habitantes em países economicamente mais desenvolvidos, e entre 12,7 e 29,7 em países subdesenvolvidos. Identificam-se também disparidades na Europa, onde a maior taxa de incidência é em Portugal (57,8 casos por milhão) e na Rússia (44,0 casos por milhão), enquanto o valor mais baixo se verifica na Itália (14,7 casos por milhão de habitante). (ISCOS, 2022)

As lesões medulares podem ser classificadas pela sua origem, segundo Botelho *et al* (2014), por causas traumáticas e não traumáticas, pela fratura e/ou deslocação de corpos vertebrais, que façam compressão ao nível medular, entre outras situações. Para além das lesões associadas a acidentes, existem ainda outras causas para a lesão medular, tais como tumores, doenças degenerativas, isquémias e/ou malformações congénitas.

Apesar das alterações presentes na pessoa com LM dependerem do nível, tipo e gravidade da lesão, existem alterações esperadas na maioria dos casos, tais como as

alterações psicológicas, respiratórias, circulatórias, na eliminação vesical e intestinal, de termorregulação, na expressão da sexualidade, de mobilidade e de integridade cutânea (risco de úlceras de pressão) (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

As LVM são cada vez mais reconhecidas como uma prioridade global de saúde. Segundo a OMS, 2013, todos os anos, em todo o mundo, entre 250.000 e 500.000 pessoas sofrem uma lesão medular (LM). Estima-se que a incidência global, seja de 40 a 80 casos por milhão de habitantes. Até 90% desses casos são devidos a causas traumáticas. Os homens têm um pico (20-29 anos) e outro (70+). As mulheres (15-19) e (60+). Representando um impacto ao nível da mortalidade e morbilidade, representando um encargo financeiro relevante, para os sistemas de saúde dos países.

A LVM pode ser classificada em: completa, incompleta, dependendo da afeção do segmento (total ou parcial), bem como em tetraplegia ou paraplegia, dependendo do segmento afetado. O seu quadro evolutivo passa por 3 fases: a fase aguda, a fase de choque e a fase sequelar. A reabilitação pode ser iniciada em qualquer uma destas fases, mas é na fase de sequelas que é mais potenciada. (Alves et al, 2001).

A pessoa com LVM, pode sofrer alterações ao nível da função cardiovascular, gastrointestinal, urinária, respiratória, sensoriomotora, e alterações da sexualidade, bem como alterações psicológicas, que no seu global, afetam a autonomia, para a realização das AVD (Alves et al, 2001, e Faleiros et al, 2021).

Segundo Faleiros et al (2021), o desempenho eficaz nas AVD e autocuidado, levam a pessoa a ter um maior nível de autonomia, maximizando a sua participação na sociedade, o papel da família, é fundamental neste processo de capacitação, permitindo assim uma continuidade de cuidados, desde o internamento até ao domicílio

Para além das alterações da funcionalidade, a pessoa com LVM, tem outros entraves para o desenvolvimento das suas AVD, tais como: a existência de barreiras arquitetónicas, a dificuldade de regressar à sua atividade profissional habitual, aumentando a sua vulnerabilidade, bem como a dependência de terceiros, profissionais de saúde e/ou familiares. (Coura et al, 2013).

De acordo com (Hoeman, 1996, p.3) "...enfermagem de reabilitação vai desde a prevenção primária até aos níveis agudos e subagudos e é o sustentáculo da intervenção terciária na comunidade e nas transações ao longo da vida." Refere ainda que

"a enfermagem de reabilitação centra-se em definir objetivos de forma a trabalhar a máxima independência nas tarefas do quotidiano, salientando os comportamentos positivos. Trabalha desta forma para promover o autocuidado, assegurar acessibilidade, melhorar resultados esperados, zelando pela maior qualidade de vida possível da pessoa. Enfermagem de reabilitação contribui também para orientar os cuidados nos serviços de saúde (Hoeman, 1996, p.3)."

Como guia orientador da prestação de cuidados, foi selecionado um referencial teórico de enfermagem que permitisse interpretar as situações do contexto de ensinos clínicos, neste caso, de Dorothea Orem, e a sua teoria do Autocuidado.

Segundo a World Health Organization (WHO) (2021), o autocuidado é definido como a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidarem com doenças e incapacidades com ou sem o apoio de um profissional de saúde. O autocuidado inclui promoção e controle da saúde, prevenção e controle de doenças, automedicação, atendimento a pessoas dependentes, busca hospitalar, especialista ou atenção primária quando necessário, e reabilitação, incluindo cuidados paliativos.

Nesta perspetiva, o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções psico-educacionais, cognitivas e comportamentais, implicando o planeamento das atividades de aprendizagem que visam aumentar o repertório de conhecimentos e habilidades dos indivíduos face à necessidade de tomar decisões decorrentes das transições ao longo do ciclo de vida (Meleis, 2010).

Considerando a TDAE de Orem, 2001, todas as pessoas desenvolvem habilidades de autocuidado ao longo da sua vida e em caso de desvio da sua saúde, desejam cuidar de si tanto quanto possível.

O sucesso da reabilitação da pessoa com LVM depende da identificação dos problemas/diagnósticos de enfermagem e da seleção das melhores alternativas para superar as dificuldades que as pessoas experienciam.

Orem (2001) definiu os conceitos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem, como forças dinamizadoras e orientadoras do seu modelo teórico de enfermagem.

De uma forma resumida, a TDAE da Orem contempla 3 sub-categorias: Teoria do Autocuidado (com requisitos Universais, de Desenvolvimento e de Desvios de Saúde), Teoria do Défice de Autocuidado (5 Métodos de Ajuda), e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório e de Apoio-Educação).

A atuação do enfermeiro é realizada de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que podem ser conjugados entre si - sistema de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio e ensino.

Dentro destes sistemas o enfermeiro pode atuar através de cinco métodos de ajuda: agir ou fazer por, ensinar, orientar, apoiar ou proporcionar um ambiente em que o paciente se possa desenvolver ou crescer. O enfermeiro tem como principais preocupações as necessidades de ações de autocuidado do indivíduo, bem como o fornecimento e controlo destas, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença e compatibilizar-se com os seus efeitos (Orem, 2001).

O autocuidado, como conceito alvo da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, tem uma definição ampla. Para a pessoa é mais do que um conjunto de ações aprendidas, é um processo que permite que a pessoa e família adquiram independência e assumam a responsabilidade pelos cuidados pessoais (Hoeman, 2011).

2 – Descrição e Análise da Aquisição de Competências ao Longo do Percurso Formativo

O presente relatório é referente aos Ensinos Clínicos da UC Estágio com relatório, que decorreram durante o período de 18 semanas de 27 de Setembro de 2022 a 8 de Fevereiro de 2023, em dois locais distintos: o primeiro (vertente hospitalar) o segundo (vertente comunitária),

No presente capítulo, pretende-se descrever, o desenvolvimento das competências como EEER, ao longo do percurso formativo, através da descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo dos dois ensinos clínicos, com vista à concretização dos objetivos definidos, e por sua vez, ao desenvolvimento das competências comuns do EE, e as competências específicas do EEER.

Em primeiro lugar, será realizada uma breve descrição dos dois locais de estágio, e de seguida uma descrição e análise das atividades desenvolvidas, que contribuíram para o desenvolvimento/aquisição das competências comuns dos EE e das competências específicas do EEER, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

2.1 – Breve descrição dos campos de estágio

O primeiro local de estágio, em contexto hospitalar, foi realizado num serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) num centro de Reabilitação da área da grande Lisboa. A equipa multidisciplinar é composta por 18 enfermeiros, sendo que 6 são EEER, 3 médicos, 1 psicóloga, 1 assistente social (A.S.) e 1 secretária clínica.

Estruturalmente o serviço é composto por 6 quartos, 5 destes quartos com capacidade para 6 camas cada, e 1 quarto para isolamento com capacidade para 2 camas, totalizando uma capacidade de 32 utentes.

Para além desta capacidade no serviço, ainda existem 6 'casas de transição', 4 unidades de T1 e 2 unidades de T3 para utentes independentes e/ou com cuidadores responsáveis.

A admissão de cada pessoa no serviço, segue um determinado número de critérios clínicos, bem como alguns protocolos/acordos de saúde (Serviço Nacional de Saúde (SNS), Seguradoras, Privados).

O serviço onde foi realizado o ensino clínico está direccionado para um tipo de lesão em específico, a LVM, mas face ao número reduzido de incidências, o serviço recebe também pessoas com outras patologias, com maiores incidências, como por exemplo, Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico, AVC hemorrágico, politraumatismos, Esclerose Múltipla, e também, situações de Enfarte Medular, mielopatia espondilótica cervical,ependimoma intramedular, entre outras. Esta diversidade de situações clínicas, acabou por ser uma mais-valia para o percurso formativo e de aprendizagem, tendo sido possível realizar diversas atividades em várias áreas, tais como, motora, sensorial, cognitiva, da alimentação, da respiração e da eliminação.

O primeiro contacto com a equipa multidisciplinar foi durante uma primeira visita ao serviço, onde foi possível conversar com o chefe do serviço, e como o EEER orientador do ensino clínico, e através desta tentar conhecer um pouco do serviço e das atividades realizadas. (Apêndice II).

Este serviço de internamento, para além de à semelhança de outros, proporcionar cuidado gerais de enfermagem, integra ainda a realização de atividades com outros elementos da equipa multidisciplinar, segundo o horário semanal para cada utente (Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Ginásio-Fisioterapia, Serviço de Atividades de Vida Diárias (AVD), entre outros).

Durante o período de estágio, foi possível acompanhar o processo de alguns utentes, nos vários setores, nomeadamente, durante uma semana, no serviço de AVD, local onde todos os utentes, dos vários serviços de internamento, e não apenas do internamento de LVM, têm um horário predefinido, e são acompanhadas por um EEER, realizando atividades individualizadas, com vista à aquisição de

competências/capacidades para o autocuidado, e em última análise, para uma maior independência no seu dia-a-dia.

Esta equipa multidisciplinar, acompanha cada utente, cada caso, e realiza ao longo do período de internamento (que pode ir de 2 a 6 meses), várias reuniões de equipa (reunião de objetivos, reunião de reavaliação e reunião de família), onde se fez uma avaliação inicial, bem como a evolução dos cuidados, onde se articulam todas as vertentes de cuidados, e existe uma partilha de opiniões, e conhecimentos entre profissionais, permitindo melhorar e enriquecer o plano de cuidados previamente estabelecido.

Numa destas reuniões, a reunião de família, tem a presença dos familiares/cuidadores do utente em questão, onde se planeia a ‘transição do internamento para o domicílio’, e se apuram as necessidades de conhecimentos e/ou produtos de apoio necessários a preparar para a alta.

Aos utentes internados neste serviço, é permitida a saída durante o dia com os familiares, bem como a estadia de 2 fins-de-semana, previamente acordados (no caso de internamentos superiores a 2 meses), no seu domicílio.

Estas saídas permitem uma maior intervenção junto dos familiares/cuidadores, preparando-os para a nova realidade.

A avaliação do domicílio para as novas necessidades da pessoa com LVM, ou AVC, etc..., é feita pela equipa multidisciplinar, em conjunto com os familiares, e é aqui que o EEER tem um papel fundamental, ajustando as suas intervenções às necessidades do utente e família/cuidadores, envolvendo-os nos cuidados, e na preparação da transição do internamento no hospital para o domicílio.

O segundo local de estágio, em contexto de comunidade, foi realizado numa ECCL, integrada numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC), na área da grande Lisboa.

A equipa multidisciplinar é composta por 3 enfermeiras, das quais 1 EEER, bem como, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social, 1 médica e 1 secretária clínica (que também prestam apoio às restantes ECCL's da UCC). Existem 3 ECCL's nesta UCC, nas três ECCL's existe um total de 5 EEER, e um total de 26 profissionais de saúde.

A ECCL é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral da pessoa com dependência e da família cuidadora, numa vertente multiprofissional.

Destina-se a pessoas em situação ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. A ECCL, apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários.

A intervenção da equipa de reabilitação da ECCL tem como objetivo capacitar o indivíduo/família/cuidadores com alterações da funcionalidade após evento agudo de doença, a desenvolver competências específicas no autocuidado, de modo a promover o máximo de autonomia, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

A ECCL onde foi realizado o ensino clínico, tem capacidade para admitir cerca de 30 utentes, de todas as faixas etárias, no contexto domiciliário. Os utentes são distribuídos pelas equipas de acordo com a sua admissão na rede de cuidados continuados.

O primeiro contacto com a equipa multidisciplinar foi durante uma primeira visita ao serviço, onde foi possível conversar com o coordenador da UCC, e como o EEER orientador do ensino clínico, e através desta tentar conhecer um pouco do serviço e das atividades realizadas. (Apêndice II).

A entrada dos utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é sempre realizado pela Equipa de Coordenação Local (ECL), após a referenciação prévia da Equipa de Gestão de Altas (EGA). É feita uma avaliação e análise de cada caso, e cada situação é direcionada para a rede de apoio mais adequada a cada caso, procurando dar a melhor resposta às necessidades de cada pessoa/família.

Aquando de cada referenciação para uma vaga na ECCL, é programada uma visita de avaliação por parte da equipa multidisciplinar (geralmente pelo médico, EEER e assistente social). Assim é possível desde o 1º dia a avaliação e definição de intervenções

especializadas de reabilitação, caso se verifique a necessidade de cuidados de reabilitação.

Estas visitas de admissão têm com principal objetivo a avaliação clínica e social da pessoa/família, permitindo a realização de um plano de intervenção individualizado e especializado, procurando responder às necessidades identificadas, sejam físicas, sociais ou psicológicas.

A realização destas visitas contribuiu positivamente para o processo de aprendizagem, alargando a perspetiva dos cuidados para o espaço que rodeia a pessoa (barreiras arquitetónicas, fatores de risco, fatores facilitadores e/ou inibidores da aquisição de conhecimentos, a condição sociofamiliar, a condição socioeconómica, produtos de apoio/ajuda técnicas existentes e/ou em falta, entre outras.

A informação recolhida nestas visitas, é crucial para um bom planeamento de intervenções individualizadas, para cada pessoa/família, face às suas necessidades.

A ECCI onde decorreu o ensino clínico, tem um projeto, o Reabilitar+, implementado em 2017, e tem como população alvo, cerca de 10% das 115 vagas dos utentes das 3 ECCI's (cerca de 12 a 15 utentes).

Estes utentes passam por uma avaliação por parte de 2 elementos da equipa de reabilitação (2 EEER ou 1 EEER e a Fisioterapeuta). Tem como principal objetivo selecionar os indivíduos com maior potencial para reabilitação, e assim, tendo em conta a sua alteração da funcionalidade, capacitá-los, e à sua família/cuidadores, desenvolvendo competências específicas no autocuidado, de modo a promover o máximo de autonomia, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Na UCC, existe também um projeto dirigido aos cuidadores informais dos utentes integrados na mesma, onde participam elementos das 3 ECCI's, é o projeto 'Olhar por Nós'. Este projeto que conta com a colaboração de EG, EEER, A.S. e psicóloga, tem como finalidade o apoio ao cuidador informal, não só para ajudar a lidar com as alterações de saúde-doença dos seus familiares, mas também para cuidarem de si próprios; a importância do cuidador estar bem é imensa, permitindo prestar melhores e mais efetivos cuidados, com a maior segurança aos seus familiares.

O Cuidador Informal (CI) é definido como “o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta.” (lei nº100/2019).

Na sua grande maioria, dos casos acompanhados pelas ECCI's, os cuidadores enquadram-se na definição descrita, onde os principais cuidadores são os cônjuges e/ou filhos.

A intervenção do EEER nas ECCI's é diversificada não apenas na prestação de cuidados diferenciados aos utentes com alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, da respiração, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, mas também ao nível da gestão de cuidados unto da equipa, definindo prioridades e planos de intervenção adequados a cada situação; é também o promotor de conhecimento, assim como o difusor do mesmo, através da implementação de projetos e formações aos pares.

2.2 – Competências comuns do enfermeiro especialista

Neste subcapítulo serão detalhadamente analisadas as atividades que contribuíram para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista. Quanto à competências comuns do enfermeiro especialista, subentende-se que são “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2019a, p. 4745) e que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (OE, 2019a, p. 4744).

Estas competências subdividem-se em quatro domínios: A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; B – Dominio da melhoria contínua da qualidade; C – Dominio da gestão de cuidados; D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As atividades definidas, bem como os indicadores e critérios de avaliação para as mesmas, com vista ao cumprimento dos objetivos definidos, e por sua vez ao desenvolvimento das competências comuns do EE, encontram-se de forma detalhada no Planeamento de Atividades do projeto de estágio (Apêndice I).

2.2.1 – A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio desta competência é essencial para os enfermeiros especialistas, pois garante aos utentes/pessoas cuidadas, que os cuidados prestados, sejam de excelência, com segurança, e com responsabilidade, por parte dos enfermeiros.

“o enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.” (Diário da República, 2ª série, nº26, secção II, Artigo 10º, Anexo I, A1 – Descritivo, 2019).

Todos os profissionais de saúde, e em particular para o EEER, a prática de cuidados, tendo em conta valores e princípios éticos, é um requisito essencial, e que deve estar sempre presente, na sua prática e prestação de cuidados.

É da sua competência, garantir a segurança, privacidade e confidencialidade face à pessoa/família cuidada.

Para que todos os cuidados cumpram esta premissa, é importante o EEER estar munido de conhecimentos diferenciados, normas, regulamentos e/ou diretrizes que orientam a sua profissão, bem como, estar a par das consequências dos seus atos, nos cuidados que presta à pessoa/família, sendo responsável pelas mesmas.

Ao longo dos períodos de estágio, foram realizados estudos de caso, onde foi solicitado à pessoa/família visada o seu consentimento informado, para a recolha e posterior divulgação dos trabalhos académicos, junto dos professores e dos restantes

estudantes do CMEER, onde foi assegurada a confidencialidade da informação recolhida, bem como a privacidade da pessoa/família em questão.

Para além dos estudos de caso, onde foi feita uma partilha alargada de informação, ainda que dentro da privacidade e confidencialidade exigida, para as restantes intervenções aplicadas a outros utentes/famílias, esta questão foi sempre tida em conta; e caso os utentes não permitissem a partilha de informação, seria respeitada a sua decisão.

Indo de encontro as estas premissas, nenhum dado ou informação pessoal, que possa identificar a pessoa/família em questão, será divulgada no presente relatório.

Neste domínio, para além do respeito pela privacidade e confidencialidade da pessoa/família, é também essencial garantir a sua segurança.

No estágio no contexto hospitalar, por exemplo, após a passagem de turno, e da distribuição dos utentes pelos elementos da equipa (enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas), e antes do início da prestação de cuidados, era feita a análise do diário clínico, bem como de resultados analíticos e/ou de imagem, o que ajudava a ter uma visão mais global do utente, e a aperceber como se poderia avançar no plano de cuidados estabelecido. A abordagem destes utentes passava sempre por uma avaliação física, com a avaliação de sinais vitais, o estado de consciência, força muscular e equilíbrio, e só após esta avaliação se iniciava com a pessoa as atividades planeadas.

No estágio no contexto comunitário, esta avaliação de segurança do utente/família era um pouco diferente, não existia uma 'passagem de turno', e a avaliação era feita na chegada ao domicílio. Todo o espaço envolvente era avaliado, a segurança habitacional, obstáculos, fatores de risco, e claro, a condição da pessoa para a realização das atividades.

Esta foi uma diferença clara entre as duas realidades, entre o espaço 'seguro' de um internamento hospitalar, e um espaço habitacional, com todas as suas especificidades, riscos, fatores facilitadores e/ou inibidores para a realização do plano de cuidados estabelecido.

Tanto no ambiente controlado de um internamento, como no domicílio, um dos papéis do EEER é garantir a segurança da pessoa.

É da sua responsabilidade informá-lo sobre os cuidados, discutir planos de ação, avaliar as capacidades da pessoa para a realização dos mesmos, e informar sobre riscos, complicações, cuidados a ter ao longo das práticas.

Durante os estágios foram realizados ensinamentos aos utentes sobre cuidados a ter, com a realização de treinos de marcha com auxiliares de marcha, treinos de equilíbrio, treinos de tosse e controlo de tempos respiratórios, treinos da função vesical e intestinal, tanto no internamento como na comunidade, e como superar obstáculos e dificuldades que fossem surgindo. Os utentes foram instruídos sobre como utilizar equipamentos de apoio e ajudas técnicas, bem como como as adquirir, para a sua utilização ao nível do autocuidado, como por exemplo, o uso de cintas e/ou meias de contenção, cadeiras-banheira, cadeiras de rodas e/ou andarilhos, bastões, utensílios com cabos engrossados, materiais para uso na eliminação vesical – treino vesical, esvaziamentos vesicais, etc...

No caso das LVM, muitos são os sistemas orgânicos que podem ficar afetadas, e é importante para o utente ter conhecimento de como realizar o seu autocuidado, mas também de ter conhecimentos ao nível da sua segurança, pelo que durante os estágios, aquando da prestação de cuidados a utentes com este tipo de patologia, foram instruídos sobre como agir face a situações de risco emergentes, como o caso da Disreflexia Autonómica; tendo em conta as suas limitações é importante para estas pessoas saberem identificar sinais de alerta, e como agir numa situação deste tipo.

O EEER, deve estar munido de conhecimentos variados sobre diferentes áreas (ao nível motor, cardíaco, respiratório, cognitivo, sensorial, da alimentação, da eliminação e da sexualidade), não só para a prestação de cuidados, e elaboração de planos de intervenção em segurança, mas também para ser o transmissor destes conhecimentos aos utentes/famílias e aos seus pares.

A transmissão clara e concisa de informação, adequando à literacia do seu utente é fundamental,

“No que concerne á parte legal que rege a profissão, o EEER deve ter conhecimentos e domínio sobre os seus direitos e deveres, como profissional, assim como, da pessoa e quem presta cuidados. O enfermeiro especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.” (Diário da República, 2ª série, nº26, secção II, Artigo 10º, Anexo I, A2 – Descritivo, 2019).

Por vezes, tanto no estágio na comunidade, como no internamento, existia recusa por parte dos utentes para a realização das atividades delineadas, por variados motivos, tais como, dor, desmotivação ou cansaço, nem sempre o utente concordava em realizar a atividade pré-definida. Nestas situações, a vontade da pessoa era respeitada, mas o EEER deve perceber o motivo de recusa, e tentar resolvê-lo.

Por exemplo, numa situação de cuidados no domicílio, onde estava planeada uma atividade de treino de marcha com auxiliar de marcha, esta atividade não foi possível desenvolver por recusa do utente, por referir dores no membro inferior. Foi feita tentativa de realizar a atividade, e face a esta recusa, tentou-se perceber o nível de dor, com recurso á escala numérica, de 0 a 10, e a localização exata da mesma, bem como os fatores agravadores desta dor. Nesta situação, a dor surgia com maior intensidade aquando da passagem da posição de sentado, para a posição de pé; tentou-se perceber qual o tipo de analgesia que o utente fazia para a dor, e ajustá-la para um horário prévio a realização dos treinos. Nos dias em que existiu esta recusa para o treino de marcha, realizaram-se outras atividades, direcionadas para o fortalecimento muscular dos membros superiores, que representam um papel essencial no treino da marcha e equilíbrio com recurso a auxiliar de marcha.

O EEER tem de compreender a necessidade de aplicação dos planos de cuidados, mas tem de saber conjugá-la com as vontades e decisões da pessoa. Deve através do seu conhecimento ter um papel dinamizador de cuidados, levando à independência e ao *empowerment* da pessoa cuidada.

Em ambos os locais de estágio, sempre que possível, a família era incluída nos cuidados, em sessões de ensino formal (projeto Olhar por nós), ou sessões informais (no domicílio e internamento), capacitando-os, para que pudessem ser um elemento participativo nos cuidados do dia-a-dia.

Esta ligação com a família é fundamental, prepara não só o utente, mas também as suas pessoas significativas (família e/ou cuidadores informais), para a nova realidade, e com os ensinamentos efetuados, dá-lhes ferramentas para que possam ajudar com conhecimentos e segurança.

2.2.2 – B – Domínio da melhoria contínua da Qualidade

O domínio desta competência por parte dos EE, permite-lhe prestar cuidados com melhor qualidade e segurança; é essencial que o mesmo, tenha conhecimentos atualizados sobre temáticas da área de relevância para a disciplina da enfermagem de reabilitação.

“O enfermeiro especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária sua apropriação, até ao nível operacional.” (Diário da República, 2ª série, nº26, secção II, Artigo 10º, Anexo I, B1 – Descritivo, 2019).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, foi possível observar a atividade do EEER, na disseminação de projetos, direcionados para áreas de interesse global para as equipas de cuidados. Por exemplo, na área da comunidade, os projetos ‘Olhar por Nós’ e o ‘Reabilitar+’, ainda que com a participação da equipa multidisciplinar, os principais dinamizadores, e impulsionadores dos mesmos foram os EE, neste caso particular, os EEER.

Na persecução da melhoria da qualidade de cuidados a prestar, com base na evidência científica, um projeto estava a ser elaborado na UCC, pelos EE, com a

colaboração de um hospital central da área da grande Lisboa, para uma espécie de ‘via verde’ de referência de utentes submetidos a Intervenção Cirúrgica (IC) à Fratura do Fémur; com o principal objetivo de agilizar os cuidados a estes utentes, atuando mais rapidamente, dando continuidade a planos de cuidados de reabilitação iniciados no ambiente hospitalar.

A possibilidade de observar, e colaborar nestes projetos, vem demonstrar o papel fulcral do EE, na continuidade dos cuidados do internamento para o domicílio.

“O enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.” (Diário da República, 2ª série, nº26, secção II, Artigo 10º, Anexo I, B2 – Descritivo, 2019).

Em ambos os ensinamentos clínicos, foi possível observar e participar em programas de melhoria da qualidade de cuidados, tais como programas de prevenção de quedas, e programas de prevenção de Úlcera de Pressão. Estes programas dependem dos cuidados e práticas levadas a cabo pela equipa multidisciplinar, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados nos serviços. O papel do EEER, é um papel de dinamizador de programas deste tipo.

No ensino clínico da área da comunidade, por exemplo, foi possível perceber o papel da equipa, e em particular o EEER, na implementação de planos de cuidados adequados a cada situação, atendendo às necessidades de cada utente, selecionando e ajustando os recursos disponíveis para a sua implementação. Numa situação de um utente, com status pós-amputação de dois dedos do pé esquerdo, foi realizada a avaliação física e cognitiva do mesmo, para a implementação de um programa de reabilitação sensoriomotora. Este utente vivia numa situação habitacional pouco segura, sem aquecimento adequado, com diversos obstáculos físicos à mobilidade, com uma má alimentação, e sem recursos socioeconómicos para a aquisição de produtos de apoio e ajudas técnicas essenciais ao seu processo de reabilitação.

Com objetivo de se poder capacitar este utente para a gestão do seu autocuidado, foi, em 1º lugar, preciso auxiliá-lo a superar algumas destas dificuldades detetadas.

Dentro das suas competências o EEER tem os conhecimentos para esclarecer e instruir os utentes para a importância de uma boa alimentação e o cumprimento de regime terapêutico, bem como para a importância da presença de um ambiente seguro para a realização de atividades/treinios, com vista à sua recuperação. Para a resolução de algumas destas questões, foi necessário o trabalho em equipa, com a prescrição de produtos de apoio, a indicação de apoio da comunidade que pudessem melhorar o dia-a-dia do utente.

Durante o estágio na comunidade, surgiu a oportunidade de colaborar com a equipa do projeto Reabilitar+, na criação de um folheto informativo para os cuidadores de utentes com alterações da deglutição (Apêndice V). Este folheto, foi adequado à literacia do público-alvo, os cuidadores dos utentes com este tipo de alteração da funcionalidade.

Esta necessidade foi levantada pelas equipas dos projetos 'Olhar por Nós' e 'Reabilitar+', e após a integração na equipa, foi realizado este documento informativo, não só para suprir uma necessidade da equipa, mas também para ir de encontro à aquisição desta competência do EE.

Ainda, na aquisição desta competência, foi possível verificar a importância dos registos detalhados da avaliação, planificação e promoção dos cuidados. Tanto no ensino clínico da área hospitalar, como na comunidade, após as visitas domiciliárias, ou no final de cada turno, eram realizados os registos das atividades realizadas com os utentes, permitindo desta forma, à equipa multidisciplinar ter um maior conhecimento sobre o que já foi feito, e manter a continuidade de cuidados, com vista à melhoria da qualidade de vida dos utentes.

2.2.3 – C – Domínio da gestão dos Cuidados

O enfermeiro especialista tem um papel de líder junto da equipa multidisciplinar, é o elo entre os diferentes intervenientes no processo de cuidados ao utente/família.

“O enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.” (Diário da República, 2ª série, nº26, secção II, Artigo 10º, Anexo I, C2 – Descritivo, 2019).

Para o domínio desta competência, o EE deve ser capaz de gerir as diferentes situações que se apresentem, quer junto dos utentes, quer da equipa de cuidados. Tem de ser capaz de tomar decisões, garantindo a qualidade dos cuidados, estabelecendo prioridades nos mesmos.

Ao longo do ensino clínico na área da comunidade foi possível observar este papel de liderança, por várias ocasiões, uma vez que a EEER orientadora, para além das suas funções de enfermeira especialista na área da reabilitação, desempenhava também funções de gestão junto da coordenação da UCC. No dia-a-dia, na prestação de cuidados na ECCI, a EEER era ‘chamada’ à liderança em vários momentos dos cuidados. Na reunião semanal, por exemplo a EEER era a orientadora dos cuidados, como priorizar os casos mais urgentes, a frequência de visitas domiciliárias a realizar em cada situação, e quando ‘dar alta’ dos cuidados.

Em algumas ocasiões foi possível colaborar, não só com a ECCI, onde se realizou o ensino clínico, mas também com outros elementos da equipa multidisciplinar, como por exemplo, com a Fisioterapeuta, a A.S e a Médica Assistente, por exemplo, num caso de uma utente com alterações da função respiratória, já em Cuidados Paliativos, onde foi detetada a necessidade de aquisição de uma máquina de aspiração de secreções, e onde era necessária a colaboração dos diferentes elementos da equipa, na prescrição, apoio social e instrução de utilização da mesma.

“Na atualidade, em Portugal, a Enfermagem de Reabilitação em Cuidados Paliativos começa a ser uma área de interesse no âmbito da investigação, nomeadamente pelos enfermeiros especialistas de reabilitação, que frequentam mestrados em Cuidados Paliativos, permitindo dar visibilidade e cientificidade a esta área de intervenção na vertente da pessoa em situação paliativa e dos seus conviventes significativos.” (Santos, A et al, 2014).

É papel do EEER prestar cuidados ao longo de todo o ciclo de vida da pessoa, mesmo em momentos em que a doença já não responda a tratamentos curativos ou que prolonguem a vida, o seu objetivo é a manutenção da condição existente e melhoria da qualidade de vida.

O EE, deve, com a sua liderança e tomada de decisão ser um promotor de conhecimento, bem como um supervisor da equipa de cuidados, deve verificar a implementação dos planos previamente definidos, e personalizá-los mediante a avaliação das mesmas.

Foi possível elaborar planos de cuidados em ambos os ensinos clínicos, definindo metas e objetivos atingíveis com os utentes. Por vezes, em utentes com LVM, as metas que estes definem, nem sempre são alcançáveis. Segundo Hoeman, 2001, é essencial compatibilizar os objetivos da pessoa com LVM, com a realidade, o EEER, tem aqui um papel fundamental, como especialista na sua área de ação, e como líder de cuidados.

Para a aquisição desta competência foi determinante a colaboração dos EEER orientadores, bem como da equipa multidisciplinar, que nos vários momentos, quer reuniões formais, quer na prestação de cuidados, contribuíram para uma melhor análise dos casos, solidificação de raciocínios, priorização de intervenções e por conseguinte, para uma melhor gestão dos cuidados.

2.2.4 – D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio desta competência por parte dos EE, vem de encontro aos descritores de Dublin, utilizados no Quadro Europeu de Qualificações, adotado pela União Europeia, que tem como premissas a aquisição e compreensão do conhecimento, a aplicação do mesmo e a capacidade de análise sobre uma determinada realidade. A aquisição de conhecimento e competências ao longo da sua formação permite ao EE exercer uma prática avançada de cuidados.

O domínio desta competência é fundamental para o EEER, pois como dinamizador e organizador de planos de intervenção diferenciados, deve estar na posse de conhecimentos especializados, baseando a sua prática na maior evidência científica.

“O enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.” (Diário da República, 2ª série, nº26, secção II, Artigo 10º, Anexo I, D2 – Descritivo, 2019).

Durante o percurso formativo, em particular nos ensinamentos clínicos, muitos foram os momentos de pesquisa de informação atual, e adequada às situações que foram surgindo ao longo do tempo.

A procura de evidência científica, com vista ao aumento do autoconhecimento esteve presente durante os vários trabalhos académicos elaborados ao longo dos estágios.

A elaboração de estudos de caso (Apêndice III), e a criação de planos de cuidados direcionados aos vários utentes, evidenciam a procura de informação mais atual, e de evidência científica, essenciais para a aquisição desta competência.

Durante os ensinamentos clínicos, foi possível realizar formações em serviço para a restante equipa (Apêndice IV), ao nível da intervenção à pessoa com alteração da deglutição, assumindo um papel de facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho.

Para além das atividades previamente mencionadas, atividades como a participação em congressos e/ou seminários, como por exemplo, no 1º Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Anexo I), e no Seminário de Reabilitação Cardiorrespiratória (Anexo II), ao longo do percurso formativo, demonstram a procura de conhecimento, pela praxis clínica especializada, baseada na evidência.

A interação com as equipas, e a revisão bibliográfica realizada, permitiu esclarecer questões da prática clínica, bem como, permitiu a discussão de casos, a abordagem dos cuidados com os orientadores. A sua colaboração, a experiência, em muito contribuíram para esta consolidação de conhecimentos.

Muitas vezes, o conhecimento teórico ‘choca’ com a realidade, e a perspetiva dos EEER orientadores veio, como seu *insight*, e experiência, ajuda a clarificar algumas dúvidas e inseguranças.

2.3 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Neste subcapítulo serão analisadas as atividades que contribuíram para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

As atividades definidas, bem como os indicadores e critérios de avaliação para as mesmas, com vista ao cumprimento dos objetivos definidos, e por sua vez ao desenvolvimento das competências específicas do EEER, encontram-se de forma detalhada no Planeamento de Atividades do projeto de estágio (Apêndice I).

Quanto às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, subentende-se que são competências que lhe permitem conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. (Diário da República, 2ª série, nº85, 2019).

Estas competências subdividem-se em três: 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.

2.3.1 – J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados

O domínio desta competência, pelo EEER, é essencial, na medida em que o EEER

“Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição da participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.” (Diário da República, 2ª série, nº85, Anexo I, J1 – Descritivo, 2019).

Para o desenvolvimento desta competência específica, o EEER deve ser perspicaz na avaliação da condição de saúde da pessoa, e nas intervenções a realizar.

Deve ser capaz de prever todas as etapas dos cuidados, desde a avaliação inicial, à formulação de diagnósticos, à definição das intervenções de enfermagem de reabilitação a realizar, e à reavaliação da pessoa após as intervenções realizadas.

Uma boa ou má avaliação da pessoa, pode condicionar todo o processo de cuidados. Para que o EEER faça uma boa avaliação da pessoa, e da sua situação de saúde/doença, deve munir-se de instrumentos facilitadores da mesma; a utilização de escalas de avaliação, quer ao nível cognitivo, sensoriomotor, e da funcionalidade, aliada

a uma boa observação e exame físico, são a melhor forma de obter informação sobre a situação atual da pessoa.

A avaliação do ambiente habitacional, da condição socioeconómica e familiar da pessoa cuidado é essencial para posteriormente se poder ajudar a transpor as dificuldades e barreiras que possam existir, e que possam comprometer a sua reabilitação e independência.

É também da responsabilidade do EEER, ser capaz de analisar os riscos no domicílio, e áreas de acesso ou passagem da pessoa no seu dia-a-dia.

A necessidade de mensurar e comprovar os resultados obtidos, após as intervenções do EEER, é muito importante, não só para validar as suas intervenções, mas também para dar credibilidade à área de especialização de enfermagem de reabilitação, dentro das organizações de saúde.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, as avaliações dos utentes, foram conduzidas através da aplicação de escalas, tais como: a avaliação da amplitude articular e da força muscular, utilizando a Escala *Medical Research Council* (MRC); a avaliação do equilíbrio, utilizando a *Berg Balance Scale* (BERG) e a Escala de Tinetti; a avaliação do risco de queda, utilizando a escala de Avaliação de Risco de Quedas de Morse (MORSE); a avaliação do risco de úlcera de pressão, utilizando a escala de risco de úlcera por pressão de Braden (BRADEN); a avaliação da independência funcional, utilizando a escala da Medida da Independência Funcional (MIF); a avaliação do grau de dependência nas atividades de vida, e o impacto do autocuidado e independência, utilizando o índice de Barthel; a avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDA), utilizando a Escala de Lawton; a avaliação do nível da lesão medular, através da utilização da *American Spinal Cord Injury Impairment Scale* (ASIA); a avaliação do tônus muscular, utilizando a escala *Ashworth*; a avaliação da sobrecarga do cuidador, utilizando a escala de Zarit; a avaliação da memória, orientação espacial e temporal, atenção, cálculo e linguagem, utilizando a *Mini Mental State Examination* (MMSE); a avaliação da dor, com recurso à Escala Numérica da Dor.

Com o recurso à utilização das escalas supracitadas, foi possível realizar as avaliações dos utentes, identificar as suas necessidades e definir os objetivos e planos de cuidados adequados a cada pessoa.

“A Enfermagem de Reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, o aumento da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas gerindo ganhos em saúde.” (Padrões de Qualidade, p.6, O.E., 2018).

Tanto no ensino clínico da área hospitalar, como na área da comunidade, foram criados programas de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, com base na maior evidência científica.

Por exemplo, na realização dos Estudos de Caso (Apêndice III), todo o processo da criação dos planos de cuidados individualizados, assentam na avaliação multidimensional da pessoa, e ao longo das intervenções realizadas, foi possível mensurar a sua efetividade, com o uso de escalas, e reformular e/ou adequar as intervenções, ajustando os planos, conforme as necessidades apresentas.

Este relatório de estágio, centra-se na intervenção do EEER à pessoa com LVM, e principalmente no 1º ensino clínico, ao nível hospitalar, foi possível através da formulação de planos de cuidados e da sua implementação, desenvolver competências nesta área.

No 2º ensino clínico, ao nível da comunidade, não foi possível intervir junto de indivíduos com LVM, mas outras oportunidades surgiram, como por exemplo, a elaboração de planos de cuidados ao nível da reabilitação sensoriomotora e reabilitação em cuidados paliativos.

Os treinos programados para os utentes com alteração da função sensoriomotora, passaram pelo controlo da dor; por treinos de exercícios de fortalecimento e amplitude muscular; treinos de marcha com e sem auxiliar de marcha; entre outros, tais como a melhoria da capacidade de efetuar tarefas do dia-a-dia, através do treino de atividades de vida diárias, por exemplo, ao nível do vestir e despir, entrar e sair do WC, treino de

marcha nas diferentes divisões da casa, na realização das pequenas tarefas domésticas, como colocar/retirar utensílios na mesa e/ou máquina da loiça e utilizar o mico ondas.

Neste ensino clínico, foi ainda fornecido aconselhamento sobre produtos de apoio e ajudas técnicas, bem como, a melhor selecionar peças de vestuário e calçado, e a otimizar o espaço físico do ambiente habitacional, alertando para os riscos de obstáculos e barreiras existentes.

2.3.2 – J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição de participação para a reinserção e exercício da cidadania.

O domínio desta competência, pelo EEER, é fundamental para a sua prática de cuidados, pois

“Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visam a uma consciência social inclusiva.” (Diário da República, 2ªsérie, nº85, Anexo I, J2 – Descritivo, 2019).

Esta competência traduz-se na prática dos cuidados do EEER, na sua capacidade de criar estratégias para a persecução da maior independência possível da pessoa com deficiência, com limitação e/ou restrição da atividade na participação do exercício da cidadania.

No ensino clínico da área hospitalar, foi possível realizar turnos durante uma semana num serviço específico de treino de atividades de vida diárias, local onde, para além do treino das atividades do autocuidado realizadas pelas pessoas no seu dia-a-dia, com recurso a estratégias adaptadas a cada situação clínica (LVM, AVC, Esclerose Múltipla,

etc...), instruídas por uma equipa composta por EEER, também se fazia o aconselhamento e treino de produtos de apoio e ajudas técnicas.

Durante este ensino clínico, foi possível participar de várias reuniões de equipa (reunião inicial – objetivos, reunião de reavaliação e reunião de família), esta última, com a presença dos familiares, era a altura em que se preparava o utente e a família para a transição do internamento para o domicílio, e de entre várias informações prestadas à família, sobre a reinserção na vida familiar e social; uma das responsabilidades do EEER era de consciencializar e preparar a família para as dificuldades que a pessoa irá encontrar no seu domicílio, e o uso de produtos de apoio e ajudas técnicas, facilita a independência da pessoa no regresso a casa.

Durante o 2º ensino clínico, ao longo das visitas domiciliárias da ECCL, foi possível ter um conhecimento mais abrangente da população alvo de cuidados, bem como das suas condições habitacionais. Na área metropolitana abrangida, a maioria dos edifícios, apresentam muitas barreiras arquitetónicas, que limitam a independência da pessoa com deficiência, ou limitação da funcionalidade.

A um nível mais global, foi possível perceber como a construção de habitações no país não contempla as alterações da funcionalidade de um grande número de pessoas da população; ao longo do ciclo de vida, desde a infância à velhice, passando pelas pessoas com deficiência ou limitação física, as barreiras arquitetónicas e de ordenamento do território, ao nível da construção civil, são entraves para a qualidade de vida das pessoas.

Existe um organismo público, o Instituto Nacional para a Reabilitação (INR), que tem como “missão assegurar o planeamento, a execução e a coordenação das políticas nacionais, destinadas a promover os direitos das pessoas com deficiência, acompanhando o exercício da cidadania destas pessoas, em todos os contextos da vida.” (INR, p.7, 2019).

O EEER, deve estar a par das diversas leis que visam proteger e promover os direitos das pessoas com deficiência e limitações, para poder melhor auxiliar o seu utente, e alvo de cuidados.

A segurança social, faculta de forma gratuita, mediante um aconselhamento e prescrição de produtos de apoio/ajudas técnicas, os recursos facilitadores para o desenvolvimento das capacidades funcionais, e da participação na sociedade da pessoa com deficiência/limitação.

Os produtos de apoio são “dispositivos, equipamentos ou sistemas técnicos de produção especializada ou disponíveis no mercado, destinadas a prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar limitações na atividade ou as restrições na participação das pessoas com deficiência.” (I.S.S., p.4, 2022)

Estes produtos, podem ser prescritos por uma equipa composta por vários técnicos com competências ao nível da reabilitação, nela incluem-se

“Médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicólogo, (...) de forma que a identificação dos produtos de apoio seja a mais adequada à situação concreta, no contexto da vida da pessoa.” (Diário da República, nº74, Série I, Art.4, Alínea f), 2009).

Assim, o EEER, possui competências para prescrever estas ‘ajudas técnicas’ ou ‘produtos de apoio’, à pessoa com deficiência e limitação da funcionalidade.

A possibilidade de aquisição destes recursos de forma gratuita, por parte das pessoas, é por si só uma redução de barreiras, nomeadamente, as socioeconómicas, que possam existir no seio familiar.

2.3.3 - J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

O domínio desta competência, por parte do EEER, capacita-o para a implementação de intervenções junto da pessoa.

“Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.” (Diário da República, 2ª Série, nº85, Anexo I, J3 – Descritivo, 2019).

Esta competência centra-se principalmente na pessoa cuidada, na maximização da sua funcionalidade, através da ação do EEER.

Os planos de intervenção desenvolvidos pelo EEER devem ser ajustados às capacidades atuais da pessoa cuidada, e devem ser adequadas e direcionadas para a obtenção dos objetivos de desenvolvimento pessoal do utente.

Ao nível da reabilitação respiratória, o EEER deve desenvolver competências técnicas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), na instrução de técnicas de respiração, tais como: limpeza das vias aéreas e ensino da tosse, dissociação de tempos respiratórios, uso de dispositivos de ajuda respiratória, como os nebulizadores, e dispositivos destinados à avaliação e ao aumento da capacidade respiratória, como o Inspirómetro de Incentivo.

Durante o 1º ensino clínico, foi possível investir na RFR, do utente selecionado para a realização do estudo de caso (Apêndice III); nesta situação, o utente detinha uma condição clínica, que poderia afetar a função da respiração, e assim com a utilização das técnicas previamente enunciadas, bem como o uso de equipamentos de apoio, foi possível desenvolver esta competência, e potenciar a qualidade de vida do utente.

Ao nível da reabilitação sensoriomotora, o EEER, deve incluir nos seus planos de cuidados, atividades de fortalecimento muscular e de amplitude articular, mobilizações passivas, mobilizações ativas-assistidas e mobilizações ativas.

No 1º ensino clínico, foi possível realizar este tipo de treino sensoriomotor, com vários utentes, com patologias como LVM e AVC. As sessões de mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas nos membros afetados (bem como nos membros não afetados, de modo a manter ou melhorar o fortalecimento muscular); a utilização de talas

pneumáticas como técnicas acessórias, não só para a diminuição do tónus muscular dos membros, para facilitar a realização das sessões de treinos, mas também para melhorar a propriocepção desses membros com menor sensibilidade.

Foi também possível desenvolver atividades ao nível da reabilitação da função da alimentação, nomeadamente ao nível da alteração da deglutição. Em alguns utentes com a patologia de AVC, evidenciava-se a alteração da deglutição como sequelas da condição atual de doença. A este nível os EEER, devem incluir nos seus planos de cuidados, a avaliação da deglutição (como recurso a testes como o teste de GUSS), e a implementação de intervenções, tais como: treino de técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias da deglutição, exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular, alterações da dieta, sem esquecer os cuidados transversais à prática de enfermagem.

Em ambos os ensinamentos clínicos foi possível realizar atividades como as acima referidas, no que a Reeducação da Função da Alimentação (RFA) diz respeito. Esta temática teve particular interesse, pois foi o tema, tanto de uma formação em serviço dinamizada no internamento (Apêndice IV), bem como na criação de material de apoio para cuidadores (Apêndice V).

Ao nível da reabilitação da eliminação, o EEER, deve incluir nos seus planos de cuidados, atividades de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico, treino de manobras de estimulação da eliminação, criação de horários habituais para a eliminação, treino de técnicas como o esvaziamento vesical intermitente.

Durante os ensinamentos clínicos foi possível desenvolver atividades relacionadas com a alteração do padrão da eliminação, em alguns utentes com LVM (de diferentes níveis e incapacidades), foi possível realizar treino vesical, através de esvaziamentos vesicais autorrealizados, dentro de um período previamente definido.

Ao longo das intervenções realizadas, foi possível mensurar a eficácia das mesmas, recorrendo ao uso das escalas de avaliação (utilizadas na avaliação inicial da situação).

O papel do EEER na maximização da funcionalidade da pessoa com deficiência e/ou limitações, é o de 'professor', na medida em que ensina as atividades ao utente; de

‘treinador’, na medida em que pratica as atividades com o utente; e de ‘avaliador’, na medida em que valida a execução e eficácia das intervenções; o que vem de encontro ao modelo teórico selecionado como guia para a realização das atividades, e por conseguinte, deste relatório de estágio.

3 - Análise do Percurso Formativo

A análise do percurso formativo, será feita com recurso à avaliação SWOT, ferramenta fundamental, que permite uma análise a 4 níveis, nomeadamente à identificação de pontos fortes (*Strenghts*), dos pontos fracos (*Weaknesses*), das oportunidades (*Opportunities*) e das ameaças (*Threats*), sentidas ao longo dos ensinos clínicos.

A reflexão implica voltara atrás, nas memórias e atos realizados, tem como objetivo dar sentido aos pensamentos e ações realizadas, e ter as mudanças apropriadas, se necessário. (Freshwater, 2017).

Strenghts/Pontos Fortes.

Quanto aos pontos fortes, começo por destacar a minha capacidade de me relacionar com os outros, colegas e/ou utentes, a minha postura face à realização dos ensinos clínicos, tantos anos depois de ter sido aluna da licenciatura, abordando cada situação de forma aberta e com humildade, estando sempre disposta a fazer e a aprender um pouco mais.

A capacidade de me relacionar com os colegas, e de sentir o à-vontade e a disponibilidade para questionar, mas também para ser questionada no surgimento das situações.

Principalmente no estágio da área da comunidade, senti um maior à vontade em abordar as visitas domiciliárias, muito devido ao facto, de na minha área profissional, estar nesta área, já há alguns anos.

Também considero que tive alguma resiliência durante este período, pois o facto de ter conseguido articular dois trabalhos e os ensinos clínicos em simultâneo não foi fácil, mas foi atingível.

A aquisição de conhecimentos, a realização de todas as atividades, e experiências que levo destes ensinos clínicos, irão acompanhar-me na minha vida pessoal e profissional.

Weaknesses/Pontos Fracos.

Quanto a fraquezas, apesar de ter demonstrado alguma resiliência ao longo deste percurso, a gestão de tempo, foi uma dificuldade, e possivelmente, uma limitação à consolidação de conhecimentos.

Apesar de ter sido possível realizar algumas atividades, elaboração de planos de cuidados, implementação de cuidados diferenciados, formações às equipas e a criação de documentos de apoio aos CI, com uma melhor gestão de tempo, talvez tivesse sido possível desenvolver mais autonomia, principalmente nas fases iniciais dos ensinos clínicos.

No ensino clínico a nível hospitalar, senti mais dificuldades de adaptação, associado ao facto de estar a exercer a profissão na área dos cuidados primários, na comunidade, e também pela inexperiência relativa às atividades/treinamentos específicos da área da reabilitação, por exemplo, ao nível da auscultação pulmonar, que não tive muitas oportunidades para realizar; para colmatar um pouco estas dificuldades, e o sentimento de insegurança associada à inexperiência na área, os orientadores foram essenciais, com a sua partilha de conhecimentos.

Opportunities/Oportunidades.

Sinto que ao longo dos ensinos clínicos, todas as situações com que contatei, foram oportunidades para a aquisição de conhecimento, mesmo nas frustrações, e nas inseguranças, existe sempre algo que se pode aprender, e melhorar no futuro.

A possibilidade de participar em projetos direcionados para os CI, o 'Olhar por nós' ou outros mais direcionados para a área da reabilitação, o 'Reabilitar+', bem como a possibilidade de realizar formações em serviço, aos pares, sobre temas de interesse e pertinência, enriqueceram o percurso formativo, e a minha aprendizagem.

Threats/Ameaças.

Quanto às ameaças, à minha aprendizagem, ao longo do percurso formativo, senti que ainda existe muitas dificuldades em desenvolver atividades de forma autónoma, dentro das equipas multidisciplinares, ainda existe muita dependência de outras classes,

em algumas áreas, e também alguma relutância á intervenção do EEER, em áreas que também são partilhadas por outros profissionais.

Para além destas, também detetei algumas ameaças à realização dos cuidados, e por sua vez, à aprendizagem, a falta de recursos, não só materiais e humanas das equipas, mas também das próprias famílias, afeta a qualidade dos cuidados prestados, e tem um impacto negativo na reabilitação da pessoa.

Considerações Finais:

A elaboração deste relatório, permitiu retirar algumas conclusões, e despertar um conjunto de sentimentos dispares.

Foi um caminho longo, com altos e baixos, e ainda que tenha sido possível compreender o papel do EEER nos cuidados aos utentes, e junto das equipas de cuidados, também foi possível perceber que existe ainda um caminho a percorrer.

As atividades definidas no projeto, foram implementadas durante os ensinamentos clínicos, e assim desenvolver as competências de EEER.

As atividades desenvolvidas como a avaliação multidimensional da pessoa, o levantamento de problemas/diagnósticos de enfermagem, a elaboração dos planos de cuidados, a sua implementação junto da pessoa e da sua família/cuidadores, bem como a avaliação da sua efetividade, permitiram desenvolver as competências comuns e específicas do EEER, como foi demonstrado ao longo do presente relatório, através dos estudos de caso, trabalhos académicos, e da análise das atividades realizadas.

As atividades desenvolvidas tiveram como modelo orientador a teoria do défice do Autocuidado de OREM, que serviu como um guia norteador, na criação dos planos de cuidados, e na intervenção como EEER, à pessoa com LVM, e com outras patologias.

O EEER, desempenha um papel fundamental na reabilitação da pessoa com LVM, capacitando-a para o seu Autocuidado, instruindo-o sobre diversas técnicas e treinos, de acordo com a alteração da funcionalidade que a sua lesão tenha causado.

O EEER, tem de ter não só os conhecimentos, para a instrução e capacitação da pessoa com LVM, a nível físico, mas também tem de ter a sensibilidade para compreender que a pessoa com LVM, passa por uma alteração brusca na sua funcionalidade, que afeta não só as suas capacidades físicas, mas também altera o seu papel na sociedade ou como indivíduo no seio da sua família, e que nem sempre está recetivo à prestação de cuidados.

A capacitação da pessoa com LVM, para o seu autocuidado, desde a fase do internamento até ao domicílio, a maximização da sua funcionalidade e a sua reinserção na sociedade, é da coresponsabilidade do EEER.

Durante este percurso formativo, as técnicas realizadas, e os cuidados de reabilitação prestados, foram sendo aperfeiçoadas, com o recurso às pesquisas efetuadas, à partilha e discussão de casos com os EEER orientadores, que com a sua experiência, mostraram o que é ser EEER.

Desde o término dos ensinios clínicos até á finalização deste relatório, algumas coisas mudaram, nomeadamente na área onde exercia a profissão de enfermeira, numa IPSS, onde não existiriam muitas possibilidades de realizar projetos na área da reabilitação. Enquanto profissional de saúde, este percurso, para além de enriquecer conhecimentos a nível profissional, também foi transformador a nível pessoal.

A procura de conhecimentos, e uma maior e melhor prestação de cuidados, veio trazer uma vontade de mudança, de abandonar uma fase de estagnação profissional, e avançar para novas aventuras, e novas conquistas, podendo abraçar projetos na área da reabilitação.

Referências Bibliográficas:

- Alves, M., Sousa, M., Pinto, M. (2001) – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular, in *Enfermagem em Neurologia*, Formasau, Coimbra, 2001;
- Amidei, C., Salmaso, L., Bellio, S. and Saia, M. (2022) - Epidemiology of traumatic spinal cord injury: a large population-based study, *International Spinal Cord Society (ISCOS)*, Abril, 2022. <https://doi.org/10.1038/s41393-022-00795-w>;
- Campos, I et al (2017) – People with spinal cord injury in Portugal, *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol.96, nº2, February 2017, DOI: 10.1097/PHM.0000000000000616;
- CMRA (2015) - *Manual Lesões Vertebro Medulares (LVM)* - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, acedido a 22.04.2022 em: (<http://cmra.pt/manual-lesoes-vertebro-medulares-lvm>);
- Costa, A., Othero, M., (2014) – O Papel da Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Paliativos, in *Reabilitação em Cuidados Paliativos*, Lusodidacta, Loures, 2014;
- Coura, A., França, I., Enders, B., Vieira, C., Silva, A., Silva, M. (2013) – Associações entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de pessoas com lesão raquimedular, *Revista de Enfermagem UFPN*, on-line, Recife, 7(1):205-12, jan., 2013, DOI: 10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201328;
- Decreto-lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República: I Série A, n.º 60. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Decreto-Lei n.º 93/2009 (2009). Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio. Assembleia da República. Diário da República, Série I (N.º 74 de 16-04-2009), 2275-2277. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/93/2009/04/16/p/dre/pt/html>

Diário da República, 2ª Série - N.º26, 6 e fevereiro de 2019), páginas 4744-4750. Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Retirado de:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Diário da República, 2ª Série - N.º 85 – 3 de Maio de 2019), páginas 13565-(1) – 13568 - (4). Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*, 2019. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>;

Direção-geral do Ensino Superior (2011) – O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal.

https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf

Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F., Bimbatti, K., Ribeiro, O. (2021) – Enfermagem de Reabilitação na assistência à pessoa com lesão medular, in *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*, Lidel, Lisboa, 2021;

Freshwater, D. (2007). *Teaching and learning reflective practice*, Teaching Mental Health, chapter 22, 2007;

Godinho, N. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Hoeman, S.P. (1996/2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*, 4ª edição Lusodidata, 2011;

INR (2019). *Guia prático: os direitos das pessoas com deficiência em Portugal*, República Portuguesa, 2019;

Instituto da Segurança Social. (2022). *Guia Prático - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)*. Lisboa, Portugal: Departamento de Desenvolvimento Social, Unidade de Intervenção Social.

Lei n.º 100/2019. (6 de dezembro de 2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003,

Meleis, A. (2010) – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, Springer, 2010;

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*, Cadernos OE, Série I, nº2, 2009, ISBN: 978-989-96021-2-0;

Ordem dos Enfermeiros (2014). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Parecer nº 11/2014: Consulta de enfermagem no âmbito de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER_Parecer

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*, Lisboa, 2018;

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2019;

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª Edição). St. Louis: Mosby, Inc;

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – Conceito Central da Enfermagem Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990- 2011)* Coimbra: Formasau. ISBN: 978-989-8269-17-1;

World Health Organization (2021). *WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being*. WHO | World Health Organization. Consultado em Guideline WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being (magicapp.org) acedido a 22/04/2022.

Anexos

**Anexo I: Certificado de presença do 1º Congresso do Colégio
da Especialidade de Enfermagem em Reabilitação**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NAUTÍLIA VICÊNCIA CARDOSO CALEÇO

membro nº 65519 desta Ordem, participou no(a) "I Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação", realizado de 18 de Outubro de 2022 a 19 de Outubro de 2022, com duração total de 11 horas, no(a) Centro de Congressos do LNEC.

Lisboa, 19 de Outubro de 2022

Prª Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,88 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

**Anexo II: Certificado de presença no Seminário de
Reabilitação Cardiorrespiratória**

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(DECRETO REGULAMENTAR Nº 35/2002 DE 23 DE ABRIL)

CERTIFICA-SE QUE NAUTILIA VICENCIA CARDOSO CALEÇÓ NATURAL DE VENDAS NOVAS
NASCIDO(A) A 20-01-1987 NACIONALIDADE PORTUGUESA DO SEXO FEMININO
PORTADOR(A) DO CARTÃO DE CIDADÃO 13244739 , FREQUENTOU:

SEMINARIO REABILITAÇÃO CARDIORESPIRATÓRIA

QUE DECORREU DE 27 DE MAIO DE 2022 A 27 DE MAIO DE 2022, LOCAL: AUDITÓRIO DO
METROPOLITANO DE LISBOA, COM A DURAÇÃO DE 9 HORAS.

Coimbra, 27 de maio de 2022

O Responsável pela FORMASAU
[Assinatura]

Certificado Nº **7162 / 2022**



ENTIDADE
FORMADORA
CERTIFICADA

INSTITUTO
Nacional
de Emprego
e Relações de Trabalho

FORMASAU, FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19 - 3820-265 Eiras

Tel: 219 801029 a 28 - Fax: 219 801029 - Email: suporte@formasau.pt - NIF: 503231133

Apêndices

Apêndice I: Projeto de estágio

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular: Opção II - Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

**Promoção do Autocuidado na Reabilitação da pessoa
com Lesão Vertebro-Medular: a transição do
internamento para o domicílio**

Nautília Vicência Cardoso Caleço

—

**Lisboa
Julho, 2022**

—

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular: Opção II - Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

**Promoção do Autocuidado na Reabilitação da pessoa
com Lesão Vertebro-Medular: a transição do
internamento para o domicílio**

Nautília Vicência Cardoso Caleço, nº10984

Professor Orientador / Professor Co-orientador:
Professora Doutora Vanda Lopes da Costa Marques Pinto /
Professor Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

**Lisboa
Julho 2022**

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

- ACES: Agrupamento de Centros de Saúde;
- APA: American Psychological Association;
- ARS: Administração Regional de Saúde;
- AVD: Atividades de Vida Diárias;
- ASIA: Asia Impairment Scale;
- CMRA: Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão;
- EE: Enfermeiro Especialista;
- EEER: Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação;
- ER: Enfermagem de Reabilitação;
- ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- EUA: Estados Unidos da América;
- LM: Lesões Medulares;
- LVM: Lesão Vértebro-Medular;
- MIF: Medida de Independência Funcional;
- OE: Ordem dos Enfermeiros;
- OMS: Organização Mundial de Saúde;
- OT: Orientação Tutorial;
- TDAE: Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem;
- TVM: Traumatismo Vértebro-Medular;
- TVP: Trombose Venosa Profunda;
- UC: Unidade Curricular;
- USF: Unidade de Saúde Familiar;
- WHO: World Health Organization.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: LESÃO VERTEBRO-MEDULAR	8
1.1 – O REGRESSO A CASA	11
2 – INTERVENÇÕES DO EEER NA PESSOA COM LVM	12
3 – QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA	15
3.1 –TEORIA DO AUTOCUIDADO (DOROTHEA OREM)	15
4 – LOCAIS DE ESTÁGIO	18
5 – OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER	19
5.1 – OBJETIVOS GERAIS	19
5.2 – OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
APÊNDICES	28
APÊNDICE I: CRONOGRAMA DE ESTÁGIO	
APÊNDICE II: GUIÕES DE ENTREVISTA	
APÊNDICE III: PLANEAMENTO DE ATIVIDADES	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Teoria do Autocuidado de Enfermagem (OREM, 2001)

17

INTRODUÇÃO

O presente trabalho académico, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Opção II, lecionado no ano letivo 2021/2022 no 1º ano, do 2º semestre do 13º Curso de Mestrado na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Foi proposto a realização de um projeto de estágio, para implementar durante os períodos de estágio do 3º semestre. Para o projeto, a área selecionada foi a Sensoriomotora.

O tema escolhido para o projeto, dentro da área sensoriomotora, foi a pessoa com Lesão Vertebro-Medular, por vários motivos: a um nível pessoal, por ser uma situação com a qual me identifico, devido ao facto de já ter sido cuidadora de familiares com estas limitações, e compreender as dificuldades que atravessam, bem como as suas famílias/cuidadores; a nível profissional, pois os cuidados a estas pessoas integram-se nas intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) nas áreas da função motora, respiratória, cardíaca, cognitiva, sensorial e dor, função vesical intestinal e na deglutição, bem como na capacitação à pessoa e/ou cuidador informal; a nível académico, por ser uma área de interesse e de intervenção prioritária para o EEER, no que ao autocuidado no domicílio, diz respeito.

Esta UC tem como objetivo geral, capacitar o aluno para o desenvolvimento do seu projeto de mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER), e tem como objetivo específico, descrever, analisar e problematizar a área de estudo que se pretende desenvolver na UC de Estágio com Relatório, a desenvolver no 3º semestre, e conceptualizar a forma como se pretende desenvolver as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para o EEER, bem como as competências, previstas nos descritores de Dublin, associados ao grau de mestre. Com esses objetivos em vista, será elaborado este projeto como suporte, para enquadrar e planear as atividades da área específica a desenvolver durante o estágio.

Este projeto está organizado a partir da introdução, seguindo do enquadramento teórico sobre Lesão Vertebro-Medular (LVM), a explicitação das intervenções do EEER na pessoa com LVM, explicitação do quadro de referência teórico escolhido, planeamento do estágio, com uma breve contextualização dos campos de estágio previstos, objetivos e atividades de acordo com os objetivos estabelecidos, considerações finais e referências bibliográficas.

Todas as lesões que afetam as estruturas da medula, do cone medular e da cauda equina, são consideradas lesões medulares (LM). Estas são situações que têm como consequência alterações fisiológicas, emocionais, sociais e económicas (Faleiros et al, 2021).

O processo de adaptação efetiva a uma lesão vertebro-medular é longo e contínuo. A pessoa vive a (muitas vezes, profunda) alteração de diferentes fontes de gratificação: eventual separação de amigos,

rutura de relação amorosa, alteração dos planos futuros, transformações na imagem corporal e na autoestima (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A pessoa que é vítima de LM experiencia transições múltiplas, simultâneas e sequenciais, já que este tipo de lesão interfere na imagem corporal, nas relações interpessoais e altera, ou até mesmo destrói, os projetos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Com base nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, o enfermeiro deve atuar na prevenção de complicações, através da identificação dos riscos de alteração da funcionalidade ou que determinem limitações da atividade e incapacidades, definindo intervenções no âmbito reabilitativo que respondam às necessidades do cliente (Ordem dos enfermeiros, 2011).

Para isso o EEER está munido de competências acrescidas que lhe permitem “cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida”, “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrições da participação” e “maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento no 392/2019).

A elaboração do trabalho proposto tem por base uma revisão narrativa da literatura, sobre o tema escolhido, com pesquisa de artigos científicos e em bases de dados científicas Medline e CINAHL, bem como de documentos oficiais da constituição portuguesa, e de entidades reconhecidas na área da saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Direção Geral de Saúde, entre outras, assim como, de artigos de literatura cinzenta e obras impressas.

O objetivo da revisão narrativa, era perceber quais as alterações/necessidades da pessoa com alteração sensoriomotora, especificamente à pessoa com LVM, bem como a ação do EEER junto das mesmas; para isso nas pesquisas efetuadas utilizaram-se as seguintes palavras-chave: Lesão Vertebro-Medular/Spinal Cord Injury; Reabilitação/Rehabilitation; Enfermagem de Reabilitação/Rehabilitation Nursing; Intervenções/Interventions.

O presente trabalho foi elaborado segundo o guia de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e segundo as normas da American Psychological Association (APA).

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

O TVM (Traumatismo Vertebro-medular) ocorre quando forças energéticas externas atingem o corpo, de forma direta ou indireta, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e/ou medula espinal. A Lesão Óssea e a Lesão Medular podem ocorrer por compressão, tração ou rutura de tecidos, sendo rara a secção física da medula (O.E., 2009).

A Lesão Medular é uma das situações mais dramáticas que pode acontecer na vida de uma pessoa. Na grande maioria dos casos, instala-se subitamente e afeta de forma grave e frequentemente irreversível as capacidades e funções do indivíduo. Condiciona mudanças importantes na forma de viver e de realizar as tarefas do dia-a-dia, com impacto não apenas no indivíduo, mas também nas pessoas que lhe estão mais próximas, nomeadamente na família. Assimilar esta nova situação não é fácil nem rápido. (CMRA, 2015)

Estão normalmente relacionados com traumas mecânicos resultantes de acidentes de viação, de trabalho, da prática desportiva, entre outros, resultando as lesões das forças suportadas durante uma rápida mudança de velocidade de desaceleração. Os eventos imediatos de um traumatismo podem originar danos medulares devido a: fratura dos corpos vertebrais com compressão pelos fragmentos; deslocação dos corpos vertebrais com perda do diâmetro normal do canal raquidiano; estreitamento do diâmetro do canal raquidiano sem fratura óssea; tração da espinal-medula com a lesão das estruturas neurológicas.

As regiões da coluna vertebral mais frequentemente atingidas estão situadas entre C5 e C7 na região cervical, e entre T12 e L2 na região dorso lombar, devido à grande mobilidade e instabilidade biomecânica da coluna nestas áreas. (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

As alterações presentes na pessoa com LM dependem do nível, tipo e gravidade da lesão. No entanto, existem alterações esperadas na maioria das vítimas de LM, tais como as alterações psicológicas, respiratórias, circulatórias, na eliminação vesical e intestinal, de termorregulação, na expressão da sexualidade, de mobilidade e de integridade cutânea (risco de úlceras de pressão) (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

As LVM são cada vez mais reconhecidas como uma prioridade global de saúde. Em todo o mundo, têm um impacto considerável em termos de mortalidade e morbilidade, e representam um encargo relevante para os sistemas de saúde devido ao custo e suporte médico complexo exigido, e para além disso as consequências económicas decorrentes da perda de produtividade também têm impacto na sociedade.

Acidentes de viação, quedas e agressões/violência estão entre as causas mais comuns de LVM em todo o mundo. A incidência varia entre 12,1 e 57,8 casos por milhão de habitantes em países

economicamente mais desenvolvidos, e entre 12,7 e 29,7 em países subdesenvolvidos. Identificam-se também disparidades na Europa, onde a maior taxa de incidência é em Portugal (57,8 casos por milhão) e na Rússia (44,0 casos por milhão), enquanto o valor mais baixo se verifica na Itália (14,7 casos por milhão de habitante). (ISCOS, 2022)

Todos os anos, em todo o mundo, entre 250.000 e 500.000 pessoas sofrem uma lesão medular (LM). Não há uma estimativa confiável da prevalência global, mas a incidência global anual estimada é de 40 a 80 casos por milhão de habitantes. Até 90% desses casos são devidos a causas traumáticas. Os homens têm um pico (20-29 anos) e outro (70+). As mulheres (15-19) e (60+). (OMS, 2013)

Dado o tamanho atual da população dos EUA de 329 milhões de pessoas, uma estimativa recente mostrou que a incidência de LVM é de aproximadamente 54 casos por um milhão de habitantes (SCISC, 2015).

Segundo Botelho et al (2014), a classificação da LM pode ser de duas categorias: traumáticas e não traumáticas, estas últimas podem ser causadas por malformações congénitas (espinha bífida/mielomeningocelo), tumores infeções, doenças degenerativas, isquemias, entre outras; as lesões de origem traumática, com mais incidência, são decorrentes de acidentes de viação, agressões com armas de fogo ou brancas, quedas, mergulhos em águas rasas e por impacto de objetos

Existe uma variação das causas das lesões medulares traumáticas de acordo com o desenvolvimento de cada país. Os países mais pobres tendem a ter mais causas associadas aos acidentes de viação e agressões, enquanto que em países mais desenvolvidos, as causas mais comuns são decorrentes de quedas e do envelhecimento da população (Faleiro et al, 2021).

A LVM pode ser classificada em: completa, incompleta, dependendo da afecção do segmento (total ou parcial), bem como em tetraplegia ou paraplegia, dependendo do segmento afetado.

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

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

A evolução do quadro de LVM pode ser dividida em três fases, a fase de choque medular; fase subaguda e fase de sequelas. Embora a reabilitação se inicie na fase subaguda é na fase de sequelas que se potencializa. A fase de choque medular consiste na perda total de toda a atividade reflexa autonómica, esta fase pode durar dias ou meses, até à reativação do sistema nervoso abaixo do nível da lesão, dando

origem a uma atividade reflexa por desconexão dos centros superiores (Alves et al, 2001). A fase subaguda, inicia-se quando regressa a atividade reflexa.

A terceira e última fase, também designada de fase de sequelas, na qual a pessoa se ajusta à sua nova situação de tetraplégico ou paraplégico. Para atingir esta fase, a reabilitação é fundamental, já que permitirá a convivência do doente com as suas limitações.

No processo de reabilitação, a equipa multidisciplinar fornece os instrumentos que possibilitam a reintegração familiar e comunitária da pessoa com LM, respeitando as suas potencialidades físicas, cognitivas e funcionais, promovendo o seu bem-estar biopsicossocial. (Faleiros et al, 2021).

As ações do enfermeiro de reabilitação, à pessoa com LVM, vão de encontro à recuperação e/ou adaptação às limitações impostas pelas consequências das lesões sofridas, no que diz respeito não só à manutenção das necessidades humanas básicas, como a eliminação urinária e intestinal, a integridade da pele, a sexualidade e preservação/promoção da autonomia (autocuidado e realização de AVD)(Faleiros et al, 2021); mas também na capacitação dos seus cuidadores, para suprir ou minimizar as necessidades de apoio nas atividades diárias, bem como na melhoria da comunicação, ao nível da gestão das expectativas, e na expressão das emoções da pessoa.

A LM, desencadeia alterações na homeostasia orgânica, levando a alterações e/ou complicações importantes. O objetivo do ER, é prevenir as complicações que ameaçam a vida, maximizando ao mesmo tempo o funcionamento de todos os sistemas orgânicos. (Alves et al, 2001).

A pessoa com LVM, pode ter alterações Cardiovasculares (Hipotensão postural, intolerância à atividade, bradicardia, disreflexia autonómica, TVP), alterações Gastrointestinais (dilatação gástrica aguda, disfunção intestinal – obstipação e diarreias), alterações Urinárias (infecções urinárias), alterações respiratórias (infecções respiratórias, necessidade de ventilação mecânica – por paralisia do diafragma, em lesões altas), alterações Sensitivas (úlceras por Pressão, Dor), alterações Motoras (limitações/deformidades articulares – pé equino, p.ex, espasticidade), alterações Sexuais (ereção, ejaculação, lubrificação vaginal, gestação), alterações Psicológicas (fases de luto – choque, negação, depressão e aceitação) e no seu global, alterações que afetam a autonomia, para a realização das AVD (Alves et al, 2001, e Faleiros et al, 2021).

Com o objetivo de maximizar as capacidades funcionais da pessoa com LVM, o EEER, levanta focos de intervenção, de acordo com o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade da enfermagem de reabilitação (ordem dos Enfermeiros, 2015), após uma apreciação a avaliação prévia da situação clínica da pessoa, com vista a criar planos de intervenção adequados à situação exposta.

As intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação à pessoa com LVM, têm como objetivos garantir a máxima capacidade funcional, autonomia e independência da pessoa, na realização das AVD, capacitar a pessoa e a família/cuidador, e promover a sua reinserção social; face ao levantamento de problemas: alterações emocionais, disfunção do sistema respiratório e circulatório,

alteração da mobilidade, risco de lesões cutâneas, alterações da eliminação vesical e intestinal, disfunção da sexualidade e alterações sociais.

Segundo Faleiros et al (2021), o desempenho eficaz nas AVD e autocuidado, levam a pessoa a ter um maior nível de autonomia, maximizando a sua participação na sociedade, o papel da família, é fundamental neste processo de capacitação, permitindo assim uma continuidade de cuidados, desde o internamento até ao domicílio.

1.1 – O REGRESSO A CASA

Após a estabilização das principais funções orgânicas, da eventual estabilização ortopédica, e findo o risco imediato de vida, a pessoa com LVM, tem alta do hospital geral. É nesta altura, que se dá uma maior consciencialização dos problemas e alterações que a lesão provoca, um período de reabilitação dá as ferramentas que a pessoa precisa para a recuperação da máxima funcionalidade possível. Até ao momento da alta, a pessoa tem bastantes apoios técnicos e humanos para responder com eficácia às suas necessidades, mas no momento da mesma, da sua reinserção social, depara-se com obstáculos arquitetónicos, ambientais, bem como também os preconceitos e reações das pessoas e das diferentes entidades, bem como as suas próprias dúvidas e limitações internas (Henriques, 2004).

O apoio da família/cuidador é essencial nesta fase de transição; a capacitação destas pessoas é também o foco do EEER: conhecer o ambiente habitacional, ajudar na escolha de dispositivos de apoio, facultar informação sobre legislação (por exemplo do cuidador informal), são exemplos de intervenções do EEER junto da pessoa e família com LVM.

Segundo Martins (2002), citado por Petronilho (2007), “a família é, pois, o espaço natural onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos”, “constitui o primeiro e o mais permanente espaço formativo, em níveis em que fatores objetivos e subjetivos, conscientes e inconscientes, atuais e passados, tradicionais e míticos se entrecruzam permanentemente”. A função de proteção e suporte emocional dos elementos da família é tanto mais reforçada, quanto mais esta se confronta com a necessidade de cuidar dos seus membros atingindo por uma doença súbita, prolongada e incapacitante.

Normalmente, toda a família é afetada, após um dos seus elementos sofrer uma LVM. Quer porque os papéis e responsabilidades desse membro serem comprometidos, quer ainda porque outros membros da família terão de se reajustar, assumindo novas responsabilidades e outros papéis familiares. O grupo de amigos, normalmente com base em interesses e atividades comuns, tende a alterar-se; assim como as atividades laborais. A reintegração profissional, é um indicador de sucesso da reabilitação, no entanto, poderás não ser muito fácil de atingir, dependendo da atividade desempenhada anteriormente à lesão (Henriques, 2004).

2 – INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NA PESSOA COM LVM:

Uma lesão medular afeta todos, ou grande parte dos sistemas orgânicos, variando com o tipo de lesão (completa ou incompleta), bem como com a localização de segmento afetado (paraplegia ou tetraplegia), sendo essencial a realização de uma avaliação detalhada do nível, e impacto dessa lesão. A Associação Americana de Lesão Medular, recomenda um exame detalhado, com uso de escalas de classificação de lesão, como a escala ASIA (Asia Impairment Scale) (Faleiro et al, 2021).

Para além desta escala, outras como a Medida de Independência Funcional (MIF), que avalia a capacidade e a independência funcionais e estima o grau de dificuldade para a realização do autocuidado nas AVD, ou seja, é um instrumento que mede o grau de independência das pessoas com deficiência para a realização de tarefas motoras e cognitivas, podem ser utilizadas na avaliação da pessoa com LVM.

Em pessoas com LVM, é comum a ocorrência de úlceras por pressão, alterações esfinterianas com complicações para as eliminações urinárias e intestinais, bem como para a vida sexual/reprodutiva, além de repercussões psicológicas com a ocorrência de sentimentos negativos e depressão. Surgem também alterações motoras, que limitam a capacidade funcional para a realização de AVD. As barreiras arquitetónicas são também entraves para o desenvolvimento das AVD e para a reinserção social, da pessoa com LVM, no regresso a casa. Neste contexto, a incapacidade funcional para as AVD é uma condição que aumenta a vulnerabilidade, e a dependência de terceiros, gerando a necessidade de cuidados especializados, sendo esses cuidados realizados por profissionais de enfermagem ou, maioritariamente, por familiares (Coura et al, 2013).

Diante do contexto supracitado, e pensando em todo o processo terapêutica das pessoas com LVM, é imprescindível a capacitação dos profissionais, desde a fase aguda ao regresso a casa, pois a conclusão do processo deve considerar o retorno da participação na sociedade (Faleiros et al, 2021).

De acordo com (Hoeman, 1996, p.3) “...enfermagem de reabilitação vai desde a prevenção primária até aos níveis agudos e subagudos e é o sustentáculo da intervenção terciária na comunidade e nas transações ao longo da vida.” Refere ainda que

“a enfermagem de reabilitação centra-se em definir objetivos de forma a trabalhar a máxima independência nas tarefas do quotidiano, salientando os comportamentos positivos. Trabalha desta forma para promover o autocuidado, assegurar acessibilidade, melhorar resultados esperados, zelando pela maior qualidade de vida possível da pessoa. Enfermagem de reabilitação contribui também para orientar os cuidados nos serviços de saúde (Hoeman, 1996, p.3).”

O regresso a casa é encarado como uma transição que coloca a pessoa com LM e família numa situação de vulnerabilidade especial, pelo que a intervenção do EEER é crucial para a sua resolução saudável. Para Hoeman (2011, p. 190), “são muitos os desafios que se colocam a profissionais, famílias e doentes ao planear a transição de um serviço de Reabilitação de agudos para a comunidade”. Segundo o mesmo autor

“o desafio para a enfermeira de reabilitação que trabalha na comunidade é ajudar pessoas física e/ou mentalmente comprometidas a restabelecer os seus papéis anteriores na medida em que o desejarem, a desenvolver novos papéis e a adaptar-se ao impacto da incapacidade (as pessoas nunca aceitam as incapacidades e os prestadores deveriam apagar essa noção do seu vocabulário), proporcionar suporte e educação aos cuidadores e equipar o doente e a família com as perícias e conhecimentos necessários ao sucesso da reintegração na comunidade”. (Hoeman, 192).

O EEER, é, antes de mais, um Enfermeiro Especialista (EE), o que por si só já remete para um grau de competência mais diferenciado que o de Enfermeiro Generalista. O facto de ser especialista já acarreta consigo um leque de competências acrescidas que aumenta não apenas o nível de competências e funções, como também de responsabilidade.

Por Competências Comuns do EE subentende-se que são “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2019a, p. 4745) e que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (OE, 2019a, p. 4744).

Estas competências dividem-se por quatro domínios, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, onde se encontram explicitadas de forma mais pormenorizada e demonstram o que é pretendido que o EE realize na sua prática de cuidados (OE, 2019a).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, segundo a legislação em vigor Diário da República (2019) reúne competências específicas que se agrupam em 3 grandes grupos:

“J1 - Cuidar de pessoas com necessidades especiais aos longo do ciclo de vida, nos vários 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”. (Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, páginas 13565 – 13568).

Segundo Santos, 2016, nos últimos anos, o foco da reabilitação para pessoas com condições incapacitantes tem vindo a modificar-se, de uma perspetiva meramente biomédica, para uma perspetiva mais ampla, centrada na pessoa, e em todas as suas vertentes, pessoal, familiar, social, e é aqui que o EEER, pode evidenciar os seus conhecimentos e capacidade, ao nível de uma enfermagem mais avançada, indo de encontro às suas competências específicas.

3 – QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

Foi importante, no decorrer deste projeto, selecionar um referencial teórico de enfermagem que me permita interpretar as situações que irei trabalhar em contexto de ensinamentos clínicos, recorrendo ao olhar de, neste caso, de Dorothea Orem, e a sua teoria do Autocuidado.

3.1 – TEORIA DO AUTOCUIDADO (DOROTHEA OREM)

A WHO (2021) define, o autocuidado como a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doenças e incapacidades com ou sem o apoio de um profissional de saúde. O autocuidado inclui promoção e controle da saúde, prevenção e controle de doenças, automedicação, atendimento a pessoas dependentes, busca hospitalar, especialista ou atenção primária quando necessário, e reabilitação, incluindo cuidados paliativos.

O Autocuidado é o foco e o resultado da prevenção de saúde e das intervenções para gerir a doença que visam melhorar os problemas de saúde física, psicossocial e condição de saúde global dos indivíduos (Sidani, 2011, citado por Petronilho, 2012).

Nesta perspectiva, o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções psico-educacionais, cognitivas e comportamentais, implicando o planeamento das atividades de aprendizagem que visam aumentar o repertório de conhecimentos e habilidades dos indivíduos face à necessidade de tomar decisões decorrentes das transições ao longo do ciclo de vida (Meleis, 2010).

Na enfermagem, a conceptualização do autocuidado teve início em 1956, sendo formalizado e validado em 1967 com o trabalho desenvolvido por Nursing Development Conference Group (Orem 2001). No seu trabalho, Orem (2001, p.43) define

“o autocuidado é uma atividade aprendida pelos indivíduos e orientada para um objetivo, caracteriza-se por uma conduta que existe em situações concretas de vida, conduzida pelas pessoas para si mesmas ou para o ambiente, no sentido de regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento e funcionam em benefício da sua vida, saúde e bem-estar.”

Considerando a TDAE de Orem, todas as pessoas desenvolvem habilidades de autocuidado ao longo da sua vida e em caso de desvio da sua saúde, desejam cuidar de si tanto quanto possível. É perante esta situação (e sabendo que a teoria de Orem contempla a prática de enfermagem perante pessoas com limitações de autocuidado) que surge a atuação do enfermeiro no sentido do cuidado, da capacitação e da maximização das habilidades e capacidades de autocuidado do próprio. Deparamo-nos desta forma com uma área de intervenção altamente sensível aos cuidados de enfermagem, nomeadamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O sucesso da reabilitação da pessoa com LVM depende da eficaz identificação dos problemas e da seleção das melhores alternativas para superar as dificuldades que as pessoas vivenciam, a situação de doença ao nível medular atinge de forma significativa a perceção que as pessoas têm da sua qualidade de vida, ao serem confrontados com a lesão e as suas limitações, e com a incapacidade para levar a cabo projetos de vida. Este tipo de doentes tem características muito específicas, apresentando uma grande necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação em diversos níveis, dos quais se destacam o motor, sensitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação (vesical e intestinal), sexualidade, entre outros.

Orem (2001) definiu os conceitos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem, como forças dinamizadoras e orientadoras do seu modelo teórico de enfermagem. A autora define Pessoa com recurso ao termo “ser humano”, que é considerado diferente de outros seres vivos pela sua capacidade de refletir sobre si mesmo e o seu ambiente, simbolizar o que experimenta e usar as criações simbólicas (ideias e palavras) para pensar, comunicar e orientar os esforços para fazer coisas que são benéficas para si e para os outros. Tem exigências próprias de autocuidado universais, de desenvolvimento e relacionados com desvios de saúde. Tendo em conta a situação de LVM, estas pessoas podem vivenciar situações em que não têm capacidade para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, nestas situações Orem considera que existe um défice de autocuidado, exigindo a intervenção de enfermagem no sentido de dotar a pessoa com conhecimentos e habilidades de forma a adquirir a maior autonomia possível.

Ambiente é definido como tudo o que envolve a pessoa. Orem (2001) refere que o ser humano nunca está isolado no seu ambiente e que existe neste. As características ambientais, socioeconómicas e culturais, da comunidade, humanas e podem afetar positiva ou negativamente a vida, saúde e bem-estar da pessoa, famílias e comunidade. A pessoa com LVM está sujeita a fatores ambientais que podem condicionar a sua adaptação à situação de doença, condicionando as suas capacidades, o controlo destes fatores é preponderante para o equilíbrio da gestão das incapacidades que levam ao défice de autocuidado.

Esta teórica define Saúde apoiando-se na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) segundo a qual saúde é “um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de

doença”. Acrescenta-lhe ainda os aspetos psicológicos e refere que a atuação sobre esta é realizada desde a perspetiva de cuidados de saúde preventivos (prevenção primária), ao controlo da doença nas fases iniciais (prevenção secundária) e à prevenção de complicações e incapacidades (prevenção terciária) (Orem, 2001).

A autora considera a Enfermagem como sendo um campo de conhecimento e serviço humano que tem por objetivo acompanhar/ajudar a pessoa a combater limitações e/ou incapacidades no exercício do seu autocuidado.

Assim, e de forma resumida, a TDAE da Orem contempla 3 sub-categorias: Teoria do Autocuidado (com requisitos Universais, de Desenvolvimento e de Desvios de Saúde), Teoria do Défice de Autocuidado (5 Métodos de Ajuda), e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório e de Apoio-Educação).

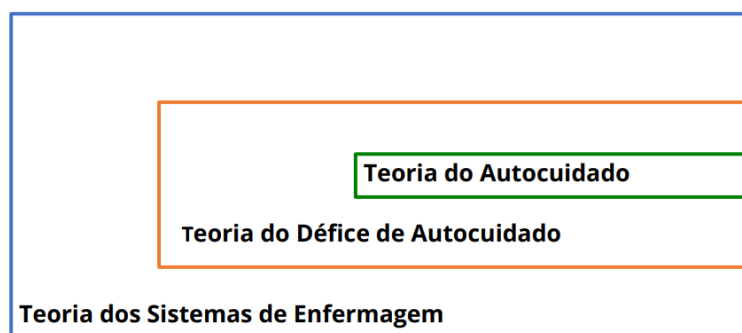


Figura 1: Teoria do Autocuidado de Enfermagem (OREM, 2001)

A atuação do enfermeiro é realizada de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que podem ser conjugados entre si - sistema de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio e ensino. Dentro destes sistemas o enfermeiro pode atuar através de cinco métodos de ajuda: agir ou fazer por, ensinar, orientar, apoiar ou proporcionar um ambiente em que o paciente se possa desenvolver ou crescer. O enfermeiro tem como principais preocupações as necessidades de ações de autocuidado do indivíduo, bem como o fornecimento e controlo destas, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença e compatibilizar-se com os seus efeitos (Orem, 2001).

O autocuidado, como conceito alvo da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, tem uma definição ampla. Para a pessoa é mais do que um conjunto de ações aprendidas, é um processo que permite que a pessoa e família adquiram independência e assumam a responsabilidade pelos cuidados pessoais (Hoeman, 2011).

4 – LOCAIS DE ESTÁGIO

Os Ensinos Clínicos da UC Estágio com relatório, estão previstos começar a 26 de Setembro de 2022, e terem uma duração de 18 semanas, até 10 de Fevereiro de 2023. Cada contexto de Ensino Clínico/Estágio, está previsto ter uma duração de 9 semanas, um em contexto hospitalar (26 de Setembro a 25 de Novembro), e outro em contexto de comunidade (28 de Novembro a 10 de Fevereiro), como se pode ver no Cronograma de Estágio (Apêndice I).

Os locais/campos de estágio que estão previstos para a implementação do presente projeto são: o

Não foi ainda possível realizar visita aos campos de estágio previstos, apesar disso fica uma breve contextualização dos mesmos:

O [REDACTED] está estruturado para oferecer serviços de reabilitação e programas de bem-estar ao longo da vida das pessoas. Dispõe atualmente de 150 camas, sendo 16 destinadas exclusivamente à reabilitação de utentes em idade pediátrica. Está organizado em 3 serviços, de acordo com o grupo etário e regime de prestação de cuidados. As patologias mais frequentes são as doenças ou sequelas de doenças neurológicas, as sequelas de politraumatismos graves, as amputações de membros, as deficiências congénitas e as doenças ou perturbações do desenvolvimento [REDACTED]

Com cerca de 500 colaboradores mantém uma organização forte e eficiente que privilegia o trabalho de equipa ao serviço dos utentes e dos seus familiares. Cada utente tem uma equipa multiprofissional que proporciona a Reabilitação de forma organizada, orientada por objetivos e centrada no utente. O [REDACTED] aposta na formação e especialização dos seus profissionais, constituindo a sua mais-valia e marca distintiva [REDACTED]

_____ pertence ao ACES Lisboa Norte, da ARS Lisboa e Vale do Tejo, e abrangem uma população de cerca de 15000 pessoas inscritas na _____

Para uma boa prestação de cuidados, é importante conhecer um pouco das metodologias do local onde estamos a prestar cuidados, e tendo isso em conta, e para conhecer os locais de estágio, foram desenvolvidos guiões de entrevista para aplicar na primeira visita ao mesmo (Apêndice II).

5 – OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

De modo a planejar a UC Estágio com Relatório, defini alguns objetivos gerais, e os respectivos objetivos específicos; direcionados para a as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, para as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação e numa vertente de desenvolvimento de aprendizagens direcionado para o tema; com a finalidade de obtenção de competências de Especialista de Reabilitação.

As competências, segundo Benner (2001) não devem ser a mera passagem do tempo, nem a longevidade; mas o refinamento de noções e teorias pré-concebidas ao encontrar muitas situações práticas reais que acrescentam à teoria nuances ou sombreados de diferença. Este momento de aprendizagem é fundamental para a aquisição de competências, pois é em contexto de estágio que se mobilizam os conhecimentos, se faz a transferência, se reflete na ação, contribuído deste modo para a construção de um novo saber.

Foram definidos 3 objetivos gerais, e desses objetivos, alguns objetivos específicos, enumerados de seguida.

5.1 – OBJETIVOS GERAIS

- 1- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista, à pessoa com alterações sensoriomotoras, cognitivas, cardiorrespiratórias, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- 2- Desenvolver competências no âmbito das intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, relativamente à função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- 3- Desenvolver competências como Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, na promoção do autocuidado à pessoa com Lesão Vertebro-Medular, e família/cuidador, na transição do internamento para o domicílio.

5.2 – OBJETIVOS ESPECIFICOS

Em relação ao objetivo Geral nº1, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1.1 - Demonstrar uma prática de cuidados responsável, que assegura a defesa e o respeito pelos direitos humanos, sustentada em princípios, valores e normas deontológicas;

1.2 - Colaborar com a equipa de saúde na promoção da melhoria contínua da qualidade de cuidados;

1.3 - Otimizar o processo de cuidados, participando nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar, adequando os recursos disponíveis às necessidades de cuidados;

1.4 - Criar oportunidades de aprendizagens, em contexto de Ensinos Clínicos, suportando a sua prática clínica na melhor evidência possível.

Em relação ao objetivo Geral nº2, relativo às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

2.1 - Desenvolver conhecimentos técnicos e científicos, específicos de intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

2.2 - Avaliar as necessidades de intervenção do Especialista de Enfermagem de Reabilitação, na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

2.3 – Planear e implementar intervenções que promovam a maximização das capacidades da pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

2.4 – Avaliar o impacto das intervenções do Especialista de Enfermagem de Reabilitação, na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

Em relação ao objetivo Geral nº3, relativo ao desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação, direcionadas para o tema escolhido, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

3.1– Colaborar na conceção e implementação de planos de cuidados/intervenções, no domínio da Enfermagem de Reabilitação, com vista à promoção do autocuidado da pessoa com Lesão Vertebro-Medular;

3.2– Desenvolver um plano de intervenções em conjunto com a pessoa com Lesão Vertebro-Medular e família/cuidador, para implementar no domicílio;

3.3– Maximizar a funcionalidade da pessoa com Lesão Vertebro-Medular, em processo de transição saúde-doença, no regresso a casa, facilitando a sua inserção social.

As atividades definidas, bem como os indicadores e critérios de avaliação para as mesmas, com vista ao cumprimento dos objetivos definidos, encontram-se de forma detalhada no Planeamento de Atividades (Apêndice III).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A elaboração deste projeto foi importante na medida que é um guia para as atividades a realizar, competências e objetivos a atingir no estágio com relatório do 3º semestre do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Apesar de ser ‘aquilo que se planeia’, não deixa de ser uma primeira redação do que se irá fazer, estando sujeito a alterações, na prática, no estágio.

A especialidade em Enfermagem de Reabilitação é um projeto pessoal, que surgiu de contactos com a limitação e deficiência desde jovem, mas faz cada vez mais sentido, tanto a nível profissional como académico, no dia-a-dia, no meu trabalho, deparo-me com situações que poderiam ter outros resultados finais, se se atuasse mais cedo, e de acordo com as melhores evidências de cuidados.

A meta final da reabilitação é conquistar e reter o maior nível possível de autonomia, com o intuito de maximizar a participação; assim quanto mais precocemente se iniciar o processo de reabilitação, maiores são as probabilidades de êxito no tratamento de complicações (Faleiros et al, 2021).

Durante a pesquisa e revisão narrativa deparei-me com a pouca evidência produzida na área da enfermagem de reabilitação em si, sendo grande parte da literatura, em termos de artigos científicos, que acaba por apoiar a nossa prática, proveniente de outros grupos profissionais.

Grande parte da informação sobre o tema, foi recolhida de obras impressas e organismos oficiais, apesar de não muito recentes, o que também condicionou um pouco a organização do projeto. Principalmente no que a Portugal diz respeito, não existem estudos recentes, quer epidemiológicos, quer de custos efetivos com as pessoas com LVM, mas pode extrapolar-se a informação, e adequar ao nosso contexto nacional, com base em dados de países como EUA e Brasil, que têm alguns dados ‘palpáveis’.

O estágio que irá ser desenvolvido no 3º semestre, é dedicado principalmente à pessoa com LVM e à sua família, na promoção do seu autocuidado, e na melhor preparação possível para o seu regresso a casa, e regresso à sua vida social, em comunidade; mas para além disso, espero desenvolver conhecimentos e competências de reabilitação, que possa implementar e aplicar em qualquer tipo de situação específica.

O presente projeto, na sua implementação e execução em contexto de estágio, necessitará de momentos de orientação, junto do docente orientador, no sentido da construção e consolidação de conhecimentos, que serão realizados sempre que se justifique, definindo pelo menos 2 ou 3 OT por campo de estágio.

A elaboração deste projeto teve alguns percalços, e nem sempre foi como eu desejaria que fosse, não foi fácil gerir algumas situações imprevistas da vida pessoal e familiar, com a atividade laboral, e

com as aulas e avaliações de outras UC, o que identifico como uma dificuldade minha, na medida em que não consegui cumprir com alguns planos iniciais, como o envio antecipado ao orientador, para uma melhor orientação.

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

Procurei com este projeto responder não só às metas da UC, mas também ao planeamento do estágio, com definição de objetivos direcionados para a aquisição de competências (comuns, específicas e de aprendizagem pessoal), e de atividades para os atingir. Dentro do tema que selecionei, procurei fazer uma fundamentação de interesse, explicitando de forma clara a problemática inerente à LVM para as pessoas, e as suas consequências, a vários níveis, pessoal, familiar, laboral e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alves, M., Sousa, M., Pinto, M. (2001) – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular, in *Enfermagem em Neurologia*, Formasau, Coimbra, 2001;
- Amidei, C., Salmaso, L., Bellio, S. and Saia, M. (2022) - Epidemiology of traumatic spinal cord injury: a large population-based study, *International Spinal Cord Society (ISCOS)*, Abril, 2022. <https://doi.org/10.1038/s41393-022-00795-w>;
- American Spinal Injury Association (2003). *References Manual of the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury*. Chicago: ASIA;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;
- BI-CSP (2022) – USF Monsanto – Pólo Boavista, *ARS Lisboa e Vale do Tejo/ACES Lisboa Norte*, 2022 em USF Monsanto (min-saude.pt), acedido a 22.07.2022;
- Botelho, V., Albuquerque, L., Junior, R., Junior, A. (2014) – Epidemiology of traumatic spinal injuries in Brazil: systematic review, *Arquivos Brasileiros de Neurociência: Brazilian Neurosurgery*, 33(02):100-6, 2014;
- CMRA (2015) - *Manual Lesões Vertebro Medulares (LVM)* - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, acedido a 22.04.2022 em: (<http://cmra.pt/manual-lesoes-vertebro-medulares-lvm>);
- CMRA (2022) – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, 2022, acedido a 22.07.2022 em (<http://cmra.pt>);

Coura, A., França, I., Enders, B., Vieira, C., Silva, A., Silva, M. (2013) – Associações entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de pessoas com lesão raquimedular, *Revista de Enfermagem UFPN*, on-line, Recife, 7(1):205-12, jan., 2013, DOI: 10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201328;

Diário da República, 2ª Série - N.º 85 – 3 de Maio de 2019), páginas 13565-(1) – 13568 - (4). Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*, 2019. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>;

EPUAP (2014) - *Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida*, 2014;

Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F., Bimbatti, K., Ribeiro, O. (2021) – Enfermagem de Reabilitação na assistência à pessoa com lesão medular, in *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*, Lidel, Lisboa, 2021;

Henriques, F. (2004) – *Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida*, Coimbra, Formasau, Setembro de 2004;

Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*, 4ª edição Lusodidata, 2011;

Meleis, A. (2010) – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, Springer, 2010;

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*, Cadernos OE, Série I, nº2, 2009, ISBN: 978-989-96021-2-0;

Ordem dos Enfermeiros (2015) – *Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação*, Porto, 2015;

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*, Lisboa, 2018;

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2019;

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª Edição). St. Louis: Mosby, Inc;

Petronilho, F. (2007) – *Preparação do Regresso a Casa*, Coimbra, Formasau, Dezembro de 2007. ISBN:978-972-8485-91-7;

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – Conceito Central da Enfermagem Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990- 2011)* Coimbra: Formasau. ISBN: 978-989-8269-17-1;

Ribeiro, O. (2021) - *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*, Lidel, Lisboa, 2021;

Santos, W. (2006) - *Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão*, *Ciência e Saúde Coletiva*, 21:3007-15, Brasil, 2016;

World Health Organization (2013). *Spinal Cord Injury*, Novembro, 2013, Spinal cord injury (who.int) acedido a 22/04/2022;

World Health Organization (2021). *WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being*. WHO
| World Health Organization. Consultado em Guideline WHO Guideline on self-care interventions for
health and well-being (magicapp.org) acedido a 22/04/2022.

APÊNDICES

APÊNDICE I: Cronograma de estágio

Cronograma de estágio: com todas as fases do projeto, até à sua implementação no 3º semestre.

	2022										2023			
	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV		MAR
Intenção inicial de projeto de estágio	30													
Apresentação intermédia do projeto			12											
Apresentação final do projeto				29										
Elaboração do projeto de estágio														
Entrega do projeto de estágio					25									
Ensino clínico: 1º contexto							26		25					
Ensino clínico: 2º contexto									28			10		
Objetivos Gerais e Específicos														
Elaboração do relatório de estágio							26							8
Entrega do relatório de estágio														8

APÊNDICE II: Guiões de Entrevista

Guiões de Entrevista a Utilizar nas visitas dos Campos de Estágio:

Enfermeira-Chefe/Responsável/EEER Orientador

- Quantos EEER exercem funções nesta unidade de cuidados?
- Quantos enfermeiros generalistas?
- Quais as funções que desempenham?
- Como é que é feita a comunicação com os serviços da comunidade?
- Há quanto tempo é especialista de Reabilitação?
- Quais as funções que desempenha como especialista?
- Quais as intervenções realizadas pelo EEER à pessoa com LVM?
- Quais os procedimentos no acolhimento da pessoa com LVM?
- Quais os procedimentos na alta da pessoa com LVM? Quais os procedimentos realizados na reintegração da pessoa com LVM no seio familiar e na comunidade?

Enfermeira-Chefe/EEER Orientador

- Quantos EEER exercem funções na [redacted]?
- Quais as funções que desempenham?
- Há quanto tempo desempenha funções como especialistas?
- Considera importante que EEER trabalhem na comunidade?
- Como é que é feita a comunicação com os serviços hospitalares? Como é feito o encaminhamento dos utentes a que prestam cuidados?
- Quais as oportunidades de atuação que o EEER poderá ainda ter na comunidade?

APÊNDICE III: Planeamento de Atividades

Objetivo Geral nº1: Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista, à pessoa com alterações sensoriomotoras, cognitivas, cardiorrespiratórias, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

DOMINIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS

- Competência de Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- Competência de Melhoria contínua da qualidade (B);
- Competência de Gestão dos cuidados (C);
- Competência de Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	INDICADORES
1.1 - Demonstrar uma prática de cuidados responsável, que assegura a defesa e o respeito pelos direitos humanos, sustentada em princípios, valores e normas deontológicas; 1.2 - Colaborar com a equipa de saúde na promoção da melhoria contínua da qualidade de cuidados; 1.3 - Otimizar o processo de cuidados, participando nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar, adequando os recursos disponíveis às necessidades de cuidados;	- Realização de visita ao [REDACTED] (1º local de estágio); - Realização de visita à [REDACTED] (2º Local de Estágio); - Realização de reunião com Enf.^a Chefe e/ou EEER orientador (aplicação de guião de entrevista – Apêndice I); - Identificação dos Recursos Humanos, Físicos e Materiais existentes nos serviços, de realização dos estágios; - Consulta de normas, manuais, guidelines e documentação existente nos serviços da realização dos estágios; - Observação e identificação dos instrumentos utilizados pelo EEER para a articulação com outros serviços de saúde e/ou comunidade, pertinentes para o desenvolvimento de programas de reabilitação;	- Ter realizado as visitas aos locais/campos de estágio; - Ter realizado reunião com Enfermeiros-Chefes e/ou EEER orientador; - Ter consultado manuais, protocolos, instrumentos de colheitas de dados, e transferência/alta/reintegração na comunidade, utilizados nos serviços; - Ter observado a intervenção e dinâmica do EEER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador; - Ter conhecimento dos recursos humanos, materiais e físicos existentes nos campos de estágio; - Ter identificado principais procedimentos de colheita de dados inicial, preparação para a alta e reintegração do doente e família na comunidade; - Ter conhecimento do processo de tomada de decisão da equipa multidisciplinar;

1.4 - Criar oportunidades de aprendizagens, em contexto de Ensinos Clínicos, suportando a sua prática clínica na melhor evidência possível.	- Observação da intervenção do EEER junto da equipa de Enfermagem e equipa multidisciplinar; - Identificação das funções do EEER, na prestação dos cuidados; - Identificação dos instrumentos e procedimentos utilizados para a colheita de dados e/ou transferência/alta/reintegração no seio familiar e comunidade; - Observação do processo de tomada de decisão da equipa multidisciplinar; - Integração progressiva na equipa multidisciplinar; - Participação em reuniões formais e informais, com a equipa multidisciplinar, para a tomada de decisão, com base no respeito pelos princípios éticos e deontológicos; - Colaboração na realização e implementação de projetos e programas de melhoria de cuidados inerentes aos contextos de Ensino Clínico; - Realização de pesquisas e posterior partilha, com a equipa multidisciplinar, da melhor evidência científica na área das boas práticas; - Elaboração de registos de enfermagem completos, que traduzam a qualidade dos cuidados de reabilitação prestados e que permitam a sua avaliação;	- Ter integrado a equipa multidisciplinar; - Ter participado em reuniões formais e informais, com a equipa multidisciplinar, para a tomada de decisão; - Ter tomado decisões de cuidados com base no respeito pelos princípios éticos e deontológicos; - Ter colaborado na realização e implementação de projetos e programas de melhoria de cuidados inerentes aos contextos de Ensino Clínico; - Ter transferido os resultados da evidência científica e de normas de boas práticas para a prática de cuidados; - Ter pesquisado e partilhado, com a equipa multidisciplinar, a melhor evidência científica na área das boas práticas; - Ter elaborado registos de enfermagem completos, que traduzam a qualidade dos cuidados de reabilitação prestados e que permitam a sua avaliação; - Ter observado o ambiente psicossocial que envolve a pessoa cuidada/família/grupo; - Ter identificado as necessidades físicas e ambientais da pessoa cuidada/ família/grupo;
---	---	--

	- Observação do ambiente psicossocial que envolve a pessoa cuidada/família/grupo; - Identificação das necessidades físicas e ambientais da pessoa cuidada/ família/grupo; - Adoção de comportamentos adequados para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados; - Envolvendo a família nos cuidados, assegurando necessidades culturais e espirituais; - Colaboração na identificação e gestão de recursos físicos, materiais e humanos das instituições - Intervenção nas tomadas de decisão, através da otimização da informação disponível e da avaliação específica dos cuidados especializados; - Identificação das oportunidades de aprendizagem nos contextos de estágio, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista; - Identificação das necessidades formativas nas instituições; - Colaboração em ações formativas, formais ou informais, desenvolvidas nas instituições, no âmbito da equipa de saúde ou da prestação de cuidados à pessoa/ família; - Avaliação do impacto da formação realizada, com questionários ou validação da informação retida.	- Ter adotado de comportamentos adequados para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados; - Ter envolvido a família nos cuidados, assegurando necessidades culturais e espirituais; - Ter colaborado na identificação e gestão de recursos físicos, materiais e humanos das instituições; - Ter intervindo nas tomadas de decisão, através da otimização da informação disponível e da avaliação específica dos cuidados especializados; - Ter gerido os cuidados de reabilitação e recursos disponíveis; - Ter identificado as oportunidades de aprendizagem nos contextos de estágio, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista; - Ter identificado as necessidades formativas nas instituições; - Ter colaborado em ações formativas, formais ou informais, desenvolvidas nas instituições, no âmbito da equipa de saúde ou da prestação de cuidados à pessoa/ família;
--	---	---

		- Ter avaliado o impacto da formação realizada, com questionários ou validação da informação retida.
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	- De que modo as atividades planejadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista; - De que modo prestei cuidados de Enfermeiro Especialista em articulação com os recursos e profissionais da comunidade, revelando responsabilidade profissional, ética e legal; - De que modo assumi responsabilidade na implementação do planeamento de intervenção do Enfermeiro Especialista, que promovam a melhoria contínua da qualidade e a gestão de cuidados; - Refleti nas atividades utilizadas e na sua importância para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, de modo a atingir os objetivos.	
RECURSOS A UTILIZAR	Humanos: Enfermeiros-Chefes; EEER (orientadores); Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar; Professor orientador do projeto. Materiais: Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; legislação; Guias de integração existentes nos serviços; Normas e/ou protocolos existentes nos serviços; Documentos/sistemas de informação/registos, de colheitas de dados, transferências/altas/reintegração na comunidade; Livros; artigos científicos. Físicos: Locais de estágio [REDACTED] Domicílio dos utentes; ESEL – Biblioteca.	

Objetivo Geral nº2: Desenvolver competências no âmbito das intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, relativamente à função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

DOMINIO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

- Competência J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Competência J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	INDICADORES
2.1 - Desenvolver conhecimentos técnicos e científicos, específicos de intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; 2.2 - Avaliar as necessidades de intervenção do Especialista de Enfermagem de Reabilitação, na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; 2.3 – Planear e implementar intervenções que promovam a maximização das capacidades da	- Identificação das funções do EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias com alterações cardiorrespiratórias, sensoriomotoras, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; - Avaliação do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade à pessoa com necessidades especiais; - Recolha de informação pertinente e utilizar escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, da alimentação, da eliminação vesical e intestinal e da sexualidade, à pessoa com necessidades especiais; - Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da	- Ter identificado as funções do EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias com alterações cardiorrespiratórias, sensoriomotoras, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; - Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade à pessoa com necessidades especiais; - Ter recolhido informação pertinente e utilizado escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, da alimentação, da eliminação vesical e intestinal e da sexualidade, à pessoa com necessidades especiais; - Ter identificado as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da

pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; 2.4 – Avaliar o impacto das intervenções do Especialista de Enfermagem de Reabilitação, na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	realização das AVD's, à pessoa com necessidades especiais; - Participação em programas de reabilitação (existentes nos serviços), de acordo com os protocolos dos mesmos; - Identificação das necessidades formativas pessoais e da equipa/serviço; - Promoção de formação à equipa de enfermagem, pertinente no serviço; - Desenvolvimento do autoconhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/ família e/ou com a equipa multidisciplinar; - Demonstração de conhecimentos científicos atuais acerca da avaliação e intervenção à pessoa com necessidades especiais; - Realização de exame físico e neurológico da pessoa, com preenchimento de escalas e instrumentos de avaliação, permitindo a adequação de planos de cuidados aos resultados obtidos; - Conceção de planos, seleção e prescrição de intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional: motora,	alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's, à pessoa com necessidades especiais; - Ter participado em programas de reabilitação (existentes nos serviços), de acordo com os protocolos dos mesmos; - Ter identificado as necessidades formativas pessoais e da equipa/serviço; - Ter promovido formação à equipa de enfermagem, pertinente no serviço; - Ter desenvolvido autoconhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/ família e/ou com a equipa multidisciplinar; - Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca da avaliação e intervenção à pessoa com necessidades especiais; - Ter realizado exame físico e neurológico da pessoa, com preenchimento de escalas e instrumentos de avaliação, permitindo a adequação de planos de cuidados aos resultados obtidos; - Ter concebido planos, selecionado e prescrito intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e
---	--	---

	sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde; - Realização de posicionamentos específicos, transferências, exercícios de mobilidade articular e treino do equilíbrio, adequados à situação da pessoa com alterações cardiorrespiratórias, sensoriomotoras, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; - Utilização dos modos de ação propostos pela teórica para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar intervenções adequadas às suas necessidades nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; - Seleção e prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); - Identificação e gestão dos recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade;	elaborar programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde; - Ter realizado posicionamentos específicos, transferências, exercícios de mobilidade articular e treino do equilíbrio, adequados à situação da pessoa com alterações cardiorrespiratórias, sensoriomotoras, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; - Ter utilizado os modos de ação propostos pela teórica para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar intervenções adequadas às suas necessidades nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; - Ter selecionado e prescrito produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); - Ter identificado e gerido os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos
--	---	---

	- Promoção e dinamização de planos que favorecem os processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e ou incapacidade); - Conceção de sessões de treino de AVD, com vista à reeducação funcional, à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão, de acordo com as dinâmicas do serviço; - Avaliação das intervenções efetuadas e atualização dos planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de forma a permitir a continuidade dos cuidados.	processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade; - Ter promovido e dinamizado planos que favorecem os processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e ou incapacidade); - Ter concebido sessões de treino de AVD, com vista à reeducação funcional, à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão, de acordo com as dinâmicas do serviço; - Ter avaliado as intervenções efetuadas e atualizado os planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de forma a permitir a continuidade dos cuidados.
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para promover a continuidade de cuidados, através da articulação hospital/comunidade; - De que modo prestei cuidados de Enfermagem de Reabilitação em articulação com os recursos e profissionais da comunidade; - De que modo assumi responsabilidade na implementação do planeamento de intervenção do EEER que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com alterações cardiorrespiratórias, sensoriomotoras, da alimentação, da eliminação, da sexualidade, e a sua família; - Refleti nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir os objetivos.	

RECURSOS A UTILIZAR	Humanos: Enfermeiros-Chefes; EEER (orientadores); Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar; Professor orientador do projeto. Materiais: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista; legislação; Normas e/ou protocolos existentes nos serviços; Documentos/sistemas de informação/registos, de colheitas de dados, transferências/altas/reintegração na comunidade; Livros; artigos científicos, computador com acesso à internet e bases de dados; Bibliografia sobre escalas e instrumentos de avaliação (Instrumentos de avaliação funcional (MIF e MAF); Escalas de avaliação de força (Medical Research Council); Escala de espasticidade (Asworth), Índice de Barthel), entre outras utilizadas nos serviços. Físicos: Locais de estágio [REDACTED] Domicílio dos utentes; ESEL – Biblioteca.
-----------------------------------	--

Objetivo Geral nº3: Desenvolver competências como Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, na promoção do autocuidado à pessoa com Lesão Vertebral-Medular, e família/cuidador, na transição do internamento para o domicílio

DOMINIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECIFICAS

- Competência de Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- Competência de Melhoria contínua da qualidade (B);
- Competência de Gestão dos cuidados (C);
- Competência de Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D);
- Competência J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Competência J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	INDICADORES
3.1– Colaborar na conceção e implementação de planos de cuidados/intervenções, no domínio da Enfermagem de Reabilitação, com vista à promoção do autocuidado da pessoa com Lesão Vertebral-Medular; 3.2– Desenvolver um plano de intervenções em conjunto com a pessoa com Lesão Vertebral-Medular e família/cuidador, para implementar no domicílio; 3.3– Maximizar a funcionalidade da pessoa com Lesão Vertebral-Medular, em processo de	- Demonstração de conhecimentos científicos atuais acerca da avaliação e intervenção à pessoa com LVM; - Realização de entrevista à pessoa/família, de forma a recolher dados (objetivos, subjetivos, históricos e atuais) relativos às necessidades e fatores inibidores ou facilitadores para a satisfação das mesmas, e promoção do autocuidado; - Realização de exame físico e neurológico da pessoa, com preenchimento de escalas e instrumentos de avaliação, permitindo a adequação de planos de cuidados aos resultados obtidos;	- Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca da avaliação e intervenção à pessoa com LVM; - Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD da forma mais independente possível no contexto de vida da pessoa; - Ter realizado exame físico e neurológico da pessoa de forma a adequar os cuidados a prestar; - Ter prestado cuidados à pessoa com LVM recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos pela teórica, avaliando em qual a pessoa se situa, de

transição saúde-doença, no regresso a casa, facilitando a sua inserção social.	- Conceção de planos, seleção e prescrição de intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde; - Realização de posicionamentos específicos, transferências, exercícios de mobilidade articular e treino do equilíbrio, adequados à situação da pessoa com LVM; - Utilização dos modos de ação propostos pela teórica para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar intervenções adequadas às suas necessidades nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; - Seleção e prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); - Identificação e gestão dos recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos	modo a reeducar as funções sensoriomotoras, da higiene e vestuário, da alimentação, da eliminação (treino intestinal e vesical) e da sexualidade, para que possa realizar as AVD's da forma mais independente possível; - Ter realizado posicionamentos específicos, transferências, exercícios de mobilidade articular e treino de equilíbrio, adequados à situação da pessoa com LVM; - Ter utilizado os modos de ação propostos pela teórica para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa; - Ter selecionado produtos de apoio/dispositivos adequados às necessidades da pessoa com LVM, com vista à promoção da sua independência e autocuidado; - Ter implementado planos de intervenção/treino de AVD com vista a uma reeducação funcional; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de complicações e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida;
---	--	--

	processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade; - Promoção e dinamização de planos que favorecem os processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e ou incapacidade); - Conceção de sessões de treino de AVD, com vista à reeducação funcional, à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão, de acordo com as dinâmicas do serviço; - Avaliação das intervenções efetuadas e atualização dos planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de forma a permitir a continuidade dos cuidados; - Realização de entrevistas ao doente/família no sentido de perceber as suas expetativas, medos, e dificuldades, valorizando a sua capacidade de autocuidado, de forma a integrar a pessoa/família na tomada de decisão e a elaboração do planeamento de reabilitação, tendo em conta a sua singularidade; - Realização de visitas e/ou visualizar fotos ao/do domicílio dos utentes, em processo de alta, de forma a desenvolver intervenções direcionadas para o	- Ter avaliado intervenções efetuadas e atualizado plano de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Ter realizado entrevistas ao doente/família no sentido de perceber as suas expetativas, medos, e dificuldades, valorizando a sua capacidade de autocuidado, de forma a integrar a pessoa/família na tomada de decisão e a elaboração do planeamento de reabilitação, tendo em conta a sua singularidade; - Ter realizado visitas e/ou visualizado fotos ao/do domicílio dos utentes, em processo de alta, de forma
--	---	--

	contexto domiciliário da pessoa com LVM, em conjunto com a pessoa/família; - Instrução, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade); - Instrução da pessoa e/ou cuidador de técnicas e tecnologias específicas de autocuidado; - Realização de treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico. - Instrução e supervisão da utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa; - Promoção de ambientes seguros, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade;	a desenvolver intervenções direcionadas para o contexto domiciliário da pessoa com LVM, em conjunto com a pessoa/família; - Ter instruído, demonstrado e realizado treino de técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade); - Ter instruído a pessoa e/ou cuidador sobre técnicas e tecnologias específicas de autocuidado; - Ter realizado treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico. - Ter instruído e supervisionado a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa; - Ter promovido ambientes seguros, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade;
--	---	--

	- Promoção de segurança dos programas e planos de reabilitação implementados; - Identificação das funções/intervenções do EEER em contexto de comunidade; - Avaliação da situação da pessoa com LVM e/ou outras necessidades especiais e a sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados da articulação hospitalar com a comunidade com vista à reinserção social, após referenciação; - Realização de pesquisa sobre a legislação, normas e técnicas promotoras da integração e participação cívica, com vista a informar a pessoa e sua família acerca dos seus direitos e deveres; - Observação da articulação do EEER com os recursos da comunidade; - Promoção de ambientes seguros, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade, no domicílio e/ou comunidade;	- Ter promovido segurança em relação aos programas e planos de reabilitação implementados; - Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com LVM e/ou outras necessidades especiais, promovendo o autocuidado no regresso a casa; - Ter recebido encaminhamentos doentes com LVM e/ou outras necessidades especiais e a sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados da articulação hospital/comunidade com vista à reinserção social; - Ter pesquisado acerca da legislação, normas e técnicas promotoras da integração e participação cívica, com vista a informar a pessoa/família acerca dos seus direitos e deveres; - Ter identificado funções/intervenções do EEER em contexto de comunidade. - Ter realizado visitas/contatos não presenciais a estruturas de apoio da comunidade (IPSS, Associações, Juntas de Freguesia, IPSS, etc...), existentes na zona geográfica do domicílio dos utentes, de forma a conhecer melhor os apoios
--	--	--

	- Realização de visitas/contatos não presenciais a estruturas de apoio da comunidade (IPSS, Associações, Juntas de Freguesia, IPSS, etc...), existentes na zona geográfica do domicílio dos utentes, de forma a conhecer melhor os apoios existentes, para a reinserção da pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais; - Sensibilização da comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas a pessoas com necessidades especiais (através de sessões de esclarecimento, e/ou distribuição de folhetos); - Identificação de barreiras arquitetónicas, e orientar para a diminuição e/ou eliminação das mesmas, no contexto de vida da pessoa; - Identificação das necessidades formativas pessoais e da equipa/serviço; - Promoção da formação da equipa, sobre temas pertinentes e identificados pela equipa; - Colaboração na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações.	existentes, para a reinserção da pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais; - Ter realizado sessões de sensibilização da comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas a pessoas com necessidades especiais (através de sessões de esclarecimento, e/ou distribuição de folhetos); - Ter identificado barreiras arquitetónicas, e orientado para a diminuição e/ou eliminação das mesmas, no contexto de vida da pessoa; - Ter identificado as necessidades formativas pessoais e da equipa/serviço; - Ter promovido formação da equipa, sobre temas pertinentes e identificados pela equipa; - Ter colaborado na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações.
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para promover a continuidade de cuidados, através da articulação hospital/comunidade, com vista à promoção do autocuidado e da reintegração social da pessoa com LVM e/a sua família;	

	- De que modo prestei cuidados de Enfermagem de Reabilitação em articulação com os recursos e profissionais da comunidade; - De que modo assumi responsabilidade na implementação do planeamento de intervenção do EEER que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com LVM, e a sua família; - Refleti nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir os objetivos.
RECURSOS A UTILIZAR	Humanos: Enfermeiros-Chefes; EEER (orientadores); Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar; Professor orientador do projeto. Materiais: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista; legislação; Normas e/ou protocolos existentes nos serviços; Documentos/sistemas de informação/registos, de colheitas de dados, transferências/altas/reintegração na comunidade; Livros; artigos científicos, computador com acesso à internet e bases de dados; Bibliografia sobre escalas e instrumentos de avaliação (Instrumentos de avaliação funcional (MIF e MAF); Escalas de avaliação de força (Medical Research Council); Escala de espasticidade (Asworth), Índice de Barthel), entre outras utilizadas nos serviços. Físicos: Locais de estágio (████████████████████); Domicílio dos utentes; ESEL – Biblioteca.

Apêndice II: Guiões e entrevistas dos campos de estágio

Guiões de Entrevista a Utilizar nas visitas dos Campos de Estágio:

Enfermeira-Chefe/EEER Orientador (1º campo de estágio)

Esta entrevista foi realizada ao Enfermeiro EER Orientador do ensino clínico.

- Quantos EEER exercem funções nesta unidade de cuidados?

Nesta unidade de cuidados existem 6 EEER a prestar cuidados diários.

- Quantos enfermeiros generalistas?

Nesta unidade de cuidados existem 12 enfermeiros generalistas.

- Quais as funções que desempenham?

Os EEER desta unidade realizam maioritariamente turnos da tarde, funcionando como um complemento às restantes 'terapias' que os utentes realizam no período da manhã, nos vários departamentos (T. Fala, T. Ocupacional, Serviço de AVD, Ginásio-Fisioterapia). Fazem a avaliação e planeamento de cuidados a integrar pela equipa de enfermagem, e são eles os elos de ligação com os outros elementos da equipa multidisciplinar, no planeamento de cuidados, definição de objetivos para os utentes, e na sua preparação para a alta e reintegração na vida social e familiar. Para além das funções de gestores de cuidados, realizam treinos de AVD, bem como treinos da função motora, respiratória, da alimentação e da eliminação.

- Como é que é feita a comunicação com os serviços da comunidade?

A comunicação com os serviços da comunidade, é feito pela equipa de serviço social, após as reuniões de reavaliação e de família. O EEER, dá o seu contributo nas reuniões, ao nível das intervenções necessárias, ao nível da aquisição de produtos de apoio/ajudas técnicas, e elabora uma carta de alta pormenorizada, com as necessidades de cada utente, e das aquisições de conhecimentos do próprio e dos familiares, a manter no domicílio.

- Há quanto tempo é especialista de Reabilitação?

Sou enfermeiro EER há cerca de 30 anos.

- Quais as funções que desempenha como especialista?

À semelhança dos outros colegas EER, avalio cada utente, cada caso, e crio, e implemento os planos de cuidados. Faço a articulação com a restante equipa multidisciplinar.

- Quais as intervenções realizadas pelo EEER à pessoa com LVM?

O serviço foi criado essencialmente para pessoas com LVM, mas atualmente, e felizmente a incidência destes casos diminuiu, assim, este serviço também recebe outros utentes com outras patologias, bem como AVC, Esclerose Múltipla, etc. As intervenções realizadas pelo EER à pessoa com LVM, têm em vista a sua maior independência e capacitação para lidar com as situações inerentes à sua nova situação. Realizamos vários tipos de treino, da função motora, da respiração, da alimentação e da eliminação.

- Quais os procedimentos no acolhimento da pessoa com LVM?

O acolhimento da pessoa com LVM, é semelhante ao acolhimento de todos os utentes internados no centro de reabilitação, através de procedimentos específicos, em primeiro lugar com uma consulta externa, é feita uma avaliação clínica do utente, que avalia a sua capacidade e eletividade para ser internado.

- Quais os procedimentos na alta da pessoa com LVM? Quais os procedimentos realizados na reintegração da pessoa com LVM no seio familiar e na comunidade?

Todos os utentes, qualquer que seja a sua patologia clínica, passam pelos mesmos momentos ao longo do internamento: reunião de objetivos, reunião de reavaliação, reunião de família e por fim alta. Em cada uma destas reuniões, a equipa multidisciplinar, em conjunto com o utente (reunião de objetivos), e com os familiares/cuidadores (reunião de família), definem os planos de cuidados e intervenções para o período do internamento. Para uma melhor preparação de alta, na reunião familiar, é feito o levantamento das necessidades físicas/de produtos de apoio/ajudas técnicas a providenciar para a alta, bem como suportes na comunidade (A. Social).

- Que projetos estão implementados, ou me processo de implementação no serviço? Ouvi falar de um projeto de 'casas de transição'?

No serviço, a equipa de EEER vai realizando formações aos restantes colegas generalistas, com vista a integração de novos colegas, à disseminação de conhecimento, e a melhorar os cuidados prestados. Para além destas formações em serviço, existe um projeto a nível

hospitalar, criado há alguns anos, que consiste na existência de alguns apartamentos, ou 'casas de transição', existentes no espaço do hospital: 4 apartamentos T1 e 2 apartamentos T3, onde podem ficar utentes já com alta clínica, mas que ainda não têm condições no seu domicílio para regressarem ao mesmo. Estes utentes têm de ser utentes independentes nos cuidados e/ou terem um cuidador a viver consigo nestas casas.

Enfermeira-Chefe/EEER Orientador [REDACTED] (2º campo de estágio)

Esta entrevista foi realizada ao Enfermeiro EER Orientador do ensino clínico.

- Quantos EEER exercem funções na UCC/ECCI?

Na UCC existem 5 EEER (sendo referentes às 3 ECCI's), na ECCI, onde será realizado o estágio, existe 1 EER.

- Quais as funções que desempenham?

Nas ECCI's os EEER desempenham funções de gestão de cuidados aos utentes, de cuidados de reabilitação diretos aos utentes, e dinamizam alguns projetos, tais como: o projeto Reabilitar+ e o projeto Olhar por nós. No meu caso em particular, desempenho também funções de coordenação na UCC.

- Há quanto tempo desempenha funções como especialistas?

Desempenho funções como especialista há cerca de 4 anos nesta ECCI.

- Considera importante que EEER trabalhem na comunidade?

Os EEER são essenciais em todas as fases dos cuidados, quer na área hospitalar, quer na área da comunidade e na reintegração na sociedade/comunidade. Nas ECCI's, o contacto com o utente acaba por ser mais próximo da sua realidade, realidade esta que se alterou face uma situação de doença, que vem alterar as capacidades, os papéis do utente no seio familiar, a sua vida social e profissional. As

- Como é que é feita a comunicação com os serviços hospitalares? Como é feito o encaminhamento dos utentes a que prestam cuidados?

A referenciação dos utentes para a RNCCI é feita pela Equipa Coordenadora Local, após uma referenciação prévia da EGA (Equipa de Gestão de Altas). Segue-se uma avaliação por parte de elementos da equipa multidisciplinar da ECCL, para direccionar cada caso para a rede de apoio mais adequada.

- Quais as oportunidades de atuação que o EEER poderá ainda ter na comunidade?

Está em curso a implementação de um projeto em conjunto com o Hospital Fernando da Fonseca (HFF), para uma referenciação 'mais direta' de casos de utentes com fratura do fémur, este projeto tem como objetivo, maximizar a intervenção do EEER em utentes com esta patologia, desde o internamento ao domicílio, sem 'se perder muito tempo'.

Apêndice III: Estudos de Caso

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação à pessoa com Lesão Vertebro-medular



Lisboa, 25 de Novembro de 2022

Prof. Orientador:
Prof. Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

Discente:
Nautília Vicência Cardoso Caleço

1



Sumário

Objetivos
Apresentação da Situação
História de doença atual
Problemas Identificados
Plano de Reabilitação
Considerações Finais
Referências Bibliográficas

2

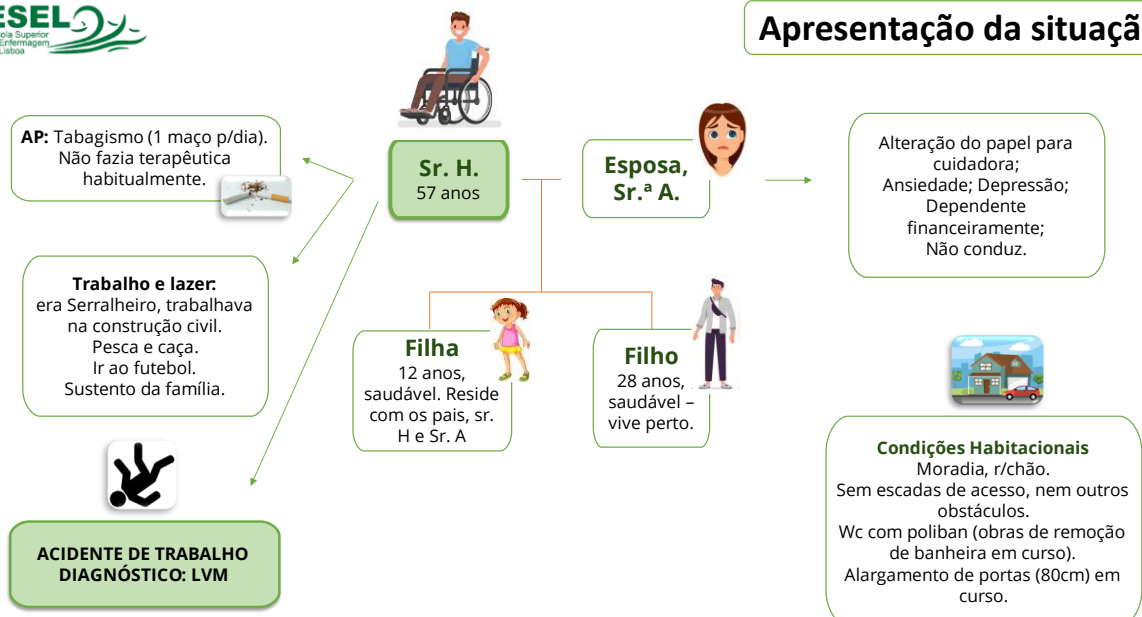
Analisar os principais problemas vivenciados por pessoa com lesão vertebral medular e correspondentes fenómenos de enfermagem.

Criar planos de cuidados à pessoa com lesão vertebral medular, incorporando-os no processo global de cuidados.

Avaliar os resultados das intervenções planeadas à pessoa com lesão vertebral medular.

3

Apresentação da situação



4



História de doença atual

Acidente de trabalho 21.01.22 - queda de plataforma elevatória, de 7 metros de altura - Politraumatismo com compressão mielorradicular.

D3-D4, com colapso dos corpos vertebrais + lâminas + apófises transversais, D10-D11 e L2-L4 nas apófises transversais esquerdas e L5 apófise espinhosa. # do 10º e 11º arco costal, omoplata direita, asa do ilíaco direito, pilar anterior e teto acetabular esquerdos e ramo isquiopúbico esquerdo.

Tratamento cirúrgico a 24.01.22 – redução aberta, instrumentação posterior D1-D2 e D5-D6, com laminectomia de D3-D4 e artrodese postolateral.

História da doença atual Sr. H



Intercorrências:

10.05.22 – Submetido a ulcercetomia sagrada, ostectomia tangencial do sacro e encerramento do defeito com 2 retalhos de avanço miocutâneos glúteos – **úlceras sagradas G4**.
Algaliado desde o acidente, com história de ITU's.

5



Internamento no [REDACTED]

29.09.2022 – internado no Serviço de Reabilitação de Adultos (LVM), com os seguintes objetivos:

- Manter o revestimento cutâneo;
- Promover a sua independência funcional – Autocuidado;
- Aumentar a autonomia/capacidade de participação nas AVD;
 - Estudar e instituir treino esfinteriano;
 - Melhorar a tolerância ao esforço;
 - Diminuir a espasticidade;
- Melhorar o equilíbrio, postura e tolerância à sedestação;
 - Ensino aos cuidadores;
 - Estudar/prescrever/adaptar produtos de apoio;
- Mediar/facilitar o processo de integração após alta no internamento.

História da doença atual Sr. H

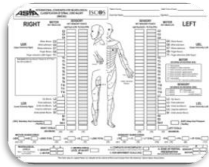
O sr. H. encontra-se numa fase de sequelas de LVM

Protocolo de Internamento:

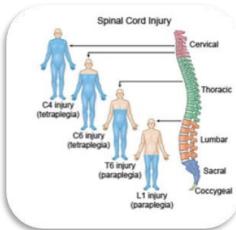
Consulta inicial (avaliação);
Exames Requisitados (Análises; Urina tipo II e UC; ECG; Rx-Tórax, Abdómen e Coluna;
EUD; Eco Renal e vesical; PFR)
Consulta de Disfunção Sexual;
Consulta de Objetivos;
Consulta de Reavaliação;
Consulta de Família.



6



Sr. H.
Diagnóstico
LVM – quadro de
paraplegia ASIA A
NN D4



LVM – Nível D4
O que se pode
esperar...

História da doença atual Sr. H.

Função Respiratória

Lesão alta - Patologia respiratória restritiva (uso pleno do diafragma, com enervação de alguns intercostais, sem uso de músculos abdominais – capacidade ventilatória independente, com algum compromisso para a inspiração e expiração forçada, alguma eficácia na tosse.

Mobilidade

Normal ao nível dos Membros Superiores;
Paralisia dos Membros Inferiores;
Independência ao nível da Cadeira de Rodas.

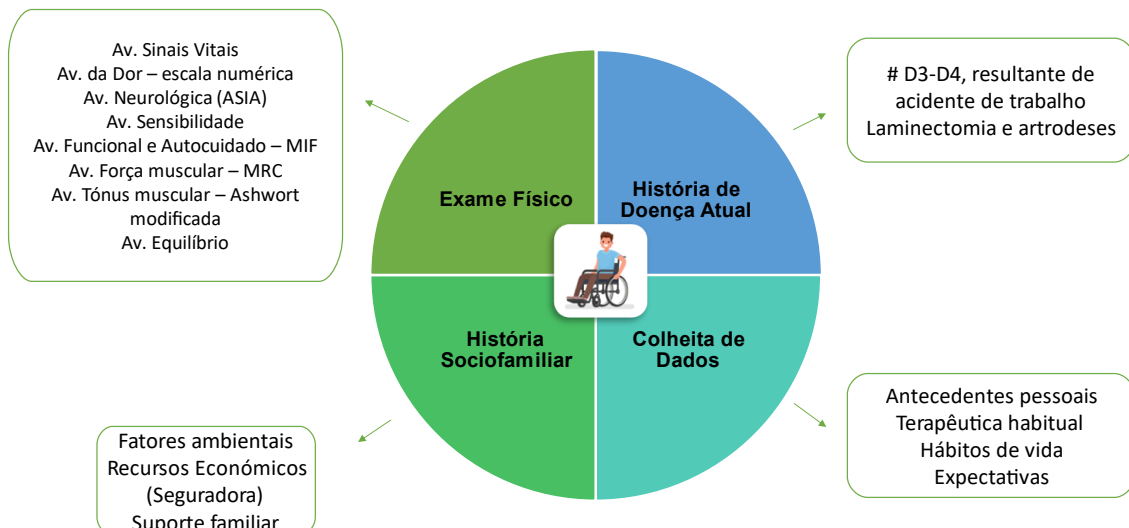
Eliminação (Vesical e Intestinal)

Bexiga/Intestino Neurogénico Reflexo (Arco-Reflexo mantido);
Possibilidade de Disreflexia Autónoma (lesões acima de D6)

(Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F., Bimbatti, K., Ribeiro, O. (2021)

7

Apreciação Multidimensional



8

Exame Físico



Parâmetro Avaliado / Escala		Av. Inicial:
		30.09.2022
Sinais Vitais	TA	113/62 mmHg
	FC	71 bpm
	Temp.	36,4°C
	FR	20 cpm
	SpO2	98%
Dor (Escala numérica)		4 ('aperto' – espasticidade) 0 em repouso
Consciência (Escala de Glasgow)		15
Av. Neurológica (ASIA)		ASIA A NN D4
Av. Sensibilidade	Superficial	
	- Térmica	
	- Tátil	Identifica acima linha mamilar
	- Dolorosa	
	Profunda	
	- Proprioceptiva	MSD/E – Mantida
	- Palestésica (Vibratória)	MID/E - Abolida
Funcionalidade (MIF)		69
Força Muscular (MRC)	MSDto	5/5
	MSEsq	5/5
	MIDto	0/5
	MIÉsq	0/5
Tónus Muscular (Ashworth Modificada)	MSDto	0 – Tónus normal
	MSEsq	0 – Tónus normal
	MIDto	Coxo-femural – Joelho – E3 Tibio-társica – pé – E1+
	MIÉsq	Coxo-femural – Joelho – E3 Tibio-társica – pé – E1+
Equilíbrio (sentado)	Estático	Pouco eficaz
	Dinâmico	Pouco eficaz
Integridade Cutânea (Braden)		13 (Alto Risco)
Risco de Queda (Morse)		20 (Baixo Risco)

Apreciação Multidimensional



Terapêutica realizada no internamento:

- Baclofeno;
- Darifenacina;
- Ezetimiba;
- Tizanidina;
- Metamizol Magnésio;
- Paracetamol;
- Quetipina;
- Sertralina;
- Tioconazol;
- Macrogol;
- Pantoprazol.

9



Problemas identificados

Requisitos Universais de autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Défi ce de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção de inspiração de ar suficiente	Pouca eficácia na tosse.	Défi ce ventilatório do tipo restritivo	Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório, e de apoio e ensino.
Manutenção de ingestão suficiente de água	Ingestão de cerca de 2l água diariamente.	Sem défi ce	
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	Dieta Geral, rica em fibras	Sem défi ce	
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Algaliado; Perda de fezes para a fralda. Não demonstra conhecimentos nem sobre situações de risco como Disreflexia Autónoma.	Défi ce no controlo de esfínteres. Risco de infeção. Risco para a integridade cutânea.	Atuação do enfermeiro pelo sistema totalmente, parcialmente compensatório, e de apoio e ensino
A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	Faz períodos de sono noturno; Autocuidado: Higiene Pessoal, e Vestir-se comprometido. Mobilidade comprometida.	Défi ce no autocuidado: Higiene Pessoal e Vestir-se, relacionado com a LVM. Défi ce nas transferências e mobilizações, relacionado com a LVM.	Atuação do enfermeiro pelo sistema totalmente, parcialmente compensatório, e de apoio e ensino.

(OREM, D., 2001)

10



Problemas identificados

Requisitos de autocuidado Padrão habitual	Padrão habitual de Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Interage com família e amigos sem alterações. Reservado e sem iniciativa na interação com a equipa e restantes pessoas internadas. Cumprir os vários departamentos (Fisioterapia, Treino de AVD, TO), com recurso a produtos de apoio.	Défice nas relações sociais e para a participação em grupos e atividades. Estado emocional comprometido, relacionado com situação de dependência.	Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório, e de apoio e ensino.
A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano	Imobilidade, por sequelas de LVM, com grandes períodos de tempo no leito e Cadeira de Rodas. Espasticidade marcada.	Défice no movimento muscular, nas transferências, alteração de decúbitos. Riscos para a integridade cutânea. Risco de queda.	Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório, e apoio e ensino.
A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	Refere vagamente saber a sua condição atual de doença, mas não demonstra conhecimentos sobre o que se pode esperar no futuro.	Défice de conhecimentos relacionados com a sua situação atual de doença, e o que perspectiva para o futuro.	Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.

(OREM, D., 2001) 11

Plano de Cuidados

Objetivo

Garantir a máxima capacidade funcional, a autonomia e independência do sr. H. na fase sequelar.



12



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Ventilação

Nome: Sr. H.			Req. U. Autocuidado: Manutenção de inspiração de ar suficiente	
Diagnóstico: Sequelas de LVM			Incapacidade: Paraplegia ASIA A NN T4	
Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Ação de Enfermagem	Avaliação
02.10	Défi- ce ventilatório do tipo restritivo. (Ventilação comprometida)	Assegurar uma ventilação adequada; <u>Aumentar a capacidade ventilatória</u> ; Promover a limpeza das vias aéreas (mobilizar secreções e aumentar a capacidade para tossir); <u>Ensinar a pessoa e cuidador a prevenir complicações</u> .	Realizar a Avaliação Respiratória (perceber se tem condições de realizar as técnicas selecionadas); <u>Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias</u> e os seus objetivos: - Posição de descanso e relaxamento; - Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; - Reeducação costal e diafragmática; - Reeducação costal global (com e sem bastão, com e sem halteres) e seletiva; - Ensino da tosse (assistida e dirigida); - Ensino da técnica de Expiração Forçada (huffing).	<u>02.10.22</u> FR: 20cpm; mov. Torácico simétrico; amplitude média; ritmo regular; SpO2: 97%, sons resp. normais. Recetivo para o ensino e treino de técnicas. Conhece as posições de descanso e relaxamento. Consegue dissociar os tempos respiratórios. <u>Repetidas 3 a 5x cada técnica, 15 min.</u> (s. parcialmente compensatório) <u>24.10.22</u> FR: 19 cpm; SpO2: 97%. <u>Repetidas 10x cada técnica, 25 min.</u> (s. parcialmente compensatório, supervisão, apoio e ensino)

13



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Ventilação

Nome: Sr. H.			Req. U. Autocuidado: Manutenção de inspiração de ar suficiente	
Diagnóstico: Sequelas de LVM			Incapacidade: Paraplegia ASIA A NN T4	
Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Ação de Enfermagem	Avaliação
02.10	Défi- ce ventilatório do tipo restritivo. (Ventilação comprometida)	Assegurar uma ventilação adequada; <u>Aumentar a capacidade ventilatória</u> ; Promover a limpeza das vias aéreas (mobilizar secreções e aumentar a capacidade para tossir); <u>Ensinar a pessoa e cuidador a prevenir complicações</u> .	(...) Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias.	<u>21.11.22</u> FR: 20 cpm; ritmo regular; SpO2: 98%, Realizadas 10-15x cada técnica, 30-40 min. (s. parcialmente compensatório, supervisão, apoio e ensino)
19.10			<u>Ensinar, instruir e treinar a técnica de Inspirometria de incentivo</u> , e os seus objetivos.	<u>19.10.22</u> Recetivo para o ensino e treino de técnicas. Volume Insp: 1000 <u>24.10.22</u> Volume Insp: 1500 <u>06.11.22</u> Volume Insp: 2000 <u>12.11.22 – 21.11.22</u> Volume Insp: 2500 (Supervisão, apoio e ensino)

14



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Ventilação



Programa de Inspirometria de Incentivo								
Data	19.10		20.10		24.10	25.10	27.10	28.10
Hora	17h	20h	17h	20h	15h	15h	15h	15h
Nº Insp. /Sessão	10/1	10/2	10/3	10/4	10/5	10/6	10/7	10/8
Volume	1000	1000	1000	1000	1500	1500	1500	1500

Programa de Inspirometria de Incentivo															
Data	02.11		03.11		06.11		07.11		10.11		12.11		16.11		21.11
Hora	17h	20h	17h	20h	15h	15h	15h	15h	17h	20h	18h	20h	18h	20h	20h
Nº Insp./Sessão	10/9	10/10	10/11	10/12	10/13	10/14	10/15	10/16	10/17	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22	10/23
Volume	1500	1500	1500	1500	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2500	2500	2500	2500	2500

Avaliação: ao longo das sessões, o sr. H, conseguir executar técnicas respiratórias, tolerando gradualmente um aumento de repetições dos exercícios, de 3 -5rep (15min), 5-10rep (25min), 10-15rep (30-40min). Realizadas pausas, se cansaço.

Avaliação: ao longo das sessões, o sr. H, aumentou gradualmente a sua capacidade respiratória, aumentando, com segurança os volumes inspiratórios. Consegue controlar o cansaço, e realizar pausas.

15



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Nome: Sr. H.			Req. U. Autocuidado: Promoção dos cuidados associados com a eliminação	
Diagnóstico: Sequelas de LVM			Incapacidade: Paraplegia ASIA A NN T4	
Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Ação de Enfermagem	Avaliação
30.09	Défi ce no controlo de esfíncteres. (E. Vesical comprometida) Risco de infeção. Risco para a integridade cutânea	Manter estruturas anatómicas íntegras; <u>Prevenir infeções;</u> <u>Prevenir lesões cutâneas;</u> Prevenir as complicações de algaliação permanente. <u>Manter esvaziamento regular;</u> <u>Permitir a autonomia pessoal;</u> Reforçar autoimagem e permitir relações sexuais; Diminuir a incidência de Disreflexia autónoma.	Avaliar DV e vigiar características da urina Incentivar para o reforço hídrico, e vigilância de ingeridos e eliminados. Administrar terapêutica prescrita (diminuir a espasticidade e a contratilidade do detrusor). <u>Ensinar, instruir e treinar mudança de saco coletor</u> (ao próprio e cuidador). Realgaliar conforme protocolo do serviço. <u>Ensinar, instruir e treinar auto-esvaziamentos</u> (cateterismo intermitente), com técnica limpa. <u>Ensinar, instruir e treinar técnicas de esvaziamento por estimulação do arco-reflexo</u> (manobra de valsava, 'passagem de dedos na zona interna da coxa 'tamborilar/vibração' nas regiões ósseas). Ensinar e instruir sobre disreflexia autónoma (sinais, sintomas, possíveis causas e como reverter).	<u>30.09.22</u> Algaliado, DVF, urina clara. Braden: 13 (Alto-Risco) (S. totalmente compensatório) <u>20.10.22</u> Algaliado, DVF, urina clara. Após ensino sobre a substituição de saco coletor, realizou a atividade sem dificuldade. (saída de Fim de semana) (S. parcialmente compensatório, e supervisão, ensino e apoio) <u>21.11.22</u> Realizado EUD. Indicação para iniciar esvaziamentos vesicais 3/3h/Dia (cateterismo intermitente), com DV contínua noturna. Braden: 13 (Alto-Risco) (S. Parcialmente compensatório, de apoio e ensino)

Autocontrolo:
continência
vesical/intestinal

Tecido
Cicatrizal

16



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Nome: Sr. H.			Req. U. Autocuidado: Promoção dos cuidados associados com a eliminação		
Diagnóstico: Sequelas de LVM			Incapacidade: Paraplegia ASIA A NN T4		
Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Ação de Enfermagem	Avaliação	Autocontrolo: continência vesical/intestinal
30.09	Défi ce no controlo de esfíncteres. (E. Intestinal comprometida) Risco para a integridade cutânea	Manter estruturas anatómicas íntegras; <u>Prevenir lesões cutâneas</u> ; <u>Estimular o reflexo de defecação</u> ; Prevenir obstipação, e manter consistência das fezes; Promover progressão das fezes; <u>Permitir um padrão intestinal seguro</u> ; Permitir a autonomia pessoal; Diminuir a incidência de Disreflexia autónoma.	Avaliar e vigiar padrão intestinal e características das fezes; Administrar terapêutica prescrita; <u>Treino intestinal em dias alternados com supositório Bisacodilo</u> . Ensinar, instruir e treinar a higiene após episódios de perdas de fezes (próprio e cuidador); <u>Ensinar, instruir e treinar a aplicação de supositório</u> (ao próprio e ao cuidador), <u>e troca de fralda</u> . <u>Ensinar e instruir sobre sinais indicadores de eficácia do supositório</u> (ligeira sudação, aumento da espasticidade, sensação de desconforto abdominal); Ensinar e instruir sobre disreflexia autónoma (sinais, sintomas, possíveis causas e como reverter).	<u>30.09.22</u> Treino intestinal, eficaz, no WC, em cadeira. banho no sanitário. Fezes moldadas em grande quantidade. Usa fralda para perdas. Braden: 13 (Alto-Risco) (S. totalmente compensatório) <u>20.10.22</u> Realizado ensino de aplicação de supositório, e cuidados de higiene, ao próprio e ao cuidador (saída de Fim de semana) (S. totalmente compensatório) <u>21.11.22</u> Treino intestinal, eficaz, em dias alternados, mas com perdas em dias de pausa no treino. Braden: 13 (Alto-Risco) (S. totalmente compensatório)	Tecido Cicatricial

17



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Nome: Sr. H.			Req. U. Autocuidado: A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso		
Diagnóstico: Sequelas de LVM			Incapacidade: Paraplegia ASIA A NN T4		
Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Ação de Enfermagem	Avaliação	Autocuidado
30.09	Défi ce no autocuidado: Higiene Pessoal e Vestir-se (dificuldade para se autocuidar de forma autónoma).	Manter a integridade cutânea; Prevenir infeções; <u>Promover a recuperação e autonomia no autocuidado</u> ; Prevenir o declínio funcional.	Avaliar e registar Sinais Vitais; Avaliar motricidade (força e tónus muscular); Avaliação do Equilíbrio Sentado (estático e dinâmico); Avaliar o autocuidado e a capacidade da pessoa para a participação - MIF; <u>Ensinar, instruir e treinar atividades na cama</u> (deitar, sentar, arrastar, virar); Ensinar, instruir e treinar equilíbrio na cama e CR; <u>Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado</u> (<u>cruzar perna para calçar sapatos</u> , uso de ajudas técnicas, etc); Incentivar para o envolvimento no autocuidado; Valorizar os pequenos progressos.	<u>30.09.22</u> Consegue realizar cuidados de higiene oral, pentear e barbear. Supervisão no vestuário da cintura para cima. (S. parcialmente compensatório, e Supervisão, ensino e apoio). Ajuda moderada no banho, de chuveiro em cadeira de banho. Ajuda total no vestuário da cintura para baixo e calçado. (S. totalmente compensatório) <u>24.10.22 – 21.11.22</u> Consegue vestir-se da cintura para cima. Ajuda moderada no vestuário da cintura para baixo e calçado. Realiza atividades na cama de forma independente. (S. parcialmente compensatório, e Supervisão, ensino e apoio).	Movimento muscular Equilíbrio Corporal

18



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Nome: Sr. H.			Req. U. Autocuidado: A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	
Diagnóstico: Sequelas de LVM			Incapacidade: Paraplegia ASIA NN T4	
Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Ação de Enfermagem	Avaliação
30.09	Déficé nas transferências e mobilizações	Proporcionar conforto e bem-estar; Prevenir alterações músculo-esqueléticas; <u>Manter a integridade cutânea e osteoarticular</u> ; Manter o alinhamento corporal; <u>Estimular a circulação e preservar a noção de movimento e a propriocepção</u> ; <u>Diminuir ou contrariar espasticidade</u> .	Avaliar e registar Sinais Vitais; Avaliar motricidade (força e tônus muscular); Avaliação do Equilíbrio Sentado (estático e dinâmico); Avaliar a capacidade para transferências e locomoção - MIF; Ensinar, instruir e treinar atividades na cama (deitar, sentar, arrastar, virar); Ensinar, instruir e treinar equilíbrio na cama e CR (ex. posturais ao espelho, ex. do avião, tirar/colocar suporte de pés da CR, etc); <u>Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas para as transferências</u> (uso de ajudas técnicas, como tábua de deslize/transf., 'trança' aos pés da cama <u>Ensinar, instruir, treinar mobilizações, e incentivar para o envolvimento nas mobilizações</u> (Passivas, Ativas-Assistidas e Ativas); Ensinar, instruir e treinar transferências a mobilizações ao próprio e ao cuidador.	<u>30.09.22</u> Força Muscular (5/5 nos seg. dos MS; 0/50 nos MI's); Tônus Muscular (normal nos MS; MI – CF- J E3, TT-Pé E1+). Necessita de ajuda máxima para as mobilizações no leito (MP – 15min, 5rep.) e transferências para a CR. (S. totalmente compensatório) <u>24.10.22</u> Consegue rodar, virar e sentar na cama, na maioria das vezes (espasticidade por vezes dificulta). Mobilizações (MP – 30min, 10rep.) Transfere-se com ajuda moderada para diferentes superfícies. Realizado ensino ao cuidador (Fim de semana no domicílio) (S. parcialmente compensatório, e Supervisão, ensino e apoio).

19



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Nome: Sr. H.			Req. U. Autocuidado: A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	
Diagnóstico: Sequelas de LVM			Incapacidade: Paraplegia ASIA NN T4	
Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Ação de Enfermagem	Avaliação
30.09	Déficé nas transferências e mobilizações	Proporcionar conforto e bem-estar; Prevenir alterações músculo-esqueléticas; <u>Manter a integridade cutânea e osteoarticular</u> ; Manter o alinhamento corporal; <u>Estimular a circulação e preservar a noção de movimento e a propriocepção</u> ; <u>Diminuir ou contrariar espasticidade</u> .	Avaliar e registar Sinais Vitais; Avaliar motricidade (força e tônus muscular); Avaliação do Equilíbrio Sentado (estático e dinâmico); Avaliar a capacidade para transferências e locomoção - MIF; Ensinar, instruir e treinar atividades na cama (deitar, sentar, arrastar, virar); Ensinar, instruir e treinar equilíbrio na cama e CR (ex. posturais ao espelho, ex. do avião, tirar/colocar suporte de pés da CR, etc); <u>Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas para as transferências</u> (uso de ajudas técnicas, como tábua de deslize/ transf., 'trança' aos pés da cama <u>Ensinar, instruir, treinar mobilizações, e incentivar para o envolvimento nas mobilizações</u> (Passivas, Ativas-Assistidas e Ativas); Ensinar, instruir e treinar transferências a mobilizações ao próprio e ao cuidador.	<u>21.11.22</u> Força Muscular (5/5 nos seg. dos MS; 0/50 nos MI's); Tônus Muscular (normal nos MS; MI – CF- J E3, TT-Pé E1). Consegue rodar, virar e sentar na cama. Transfere-se com ajuda mínima para diferentes superfícies. Mobilizações (MP, AA, A, AM – 40min, 15rep.) Consegue realizar auto-mobilizações dos MI (flexão TT, posição de buda). (S. parcialmente compensatório, e Supervisão, ensino e apoio).

20



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Emoções

Nome: Sr. H.			Req. U. Autocuidado: A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	
Diagnóstico: Sequelas de LVM			Incapacidade: Paraplegia ASIA A NN T4	
Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Ação de Enfermagem	Avaliação
30.09	Défice nas relações sociais e para a participação em grupos e atividades. Estado emocional comprometido, relacionado com situação de dependência.	<u>Promover a socialização e participação nas atividades programadas;</u> Facilitar a comunicação entre a pessoa e o agente terapêutico.	Desenvolver uma relação de ajuda; Informar com a verdade; <u>Ensinar, instruir e corrigir, sem substituir a pessoa nas atividades;</u> Valorizar as manifestações emocionais, e/ou recusas na participação em atividades; Dar resposta às questões colocadas; Valorizar as pequenas conquistas.	<u>30.09.22:</u> Cumprir as várias atividades nos departamentos (Fisioterapia, TO, Treino de AVD, Psicologia, Atividades na Enfermaria), mas com alguma renitência e humor hipotímico. (S. de apoio e ensino) <u>21.11.22:</u> Mais comunicativo, e colaborante nas atividades. (S. de apoio e ensino)

21



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Espasticidade

Nome: Sr. H.			Req. U. Autocuidado: A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano	
Diagnóstico: Sequelas de LVM			Incapacidade: Paraplegia ASIA A NN T4	
Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Ação de Enfermagem	Avaliação
30.09	Défice no movimento muscular, nas transferências, alteração de decúbitos. (Espasticidade marcada) Riscos para a integridade cutânea. Risco de queda.	Prevenir síndrome de imobilidade; Manter a integridade das estruturas musculares e osteoarticulares; <u>Diminuir ou contrariar a espasticidade;</u> Promover a integridade cutânea; Prevenir quedas.	Avaliação da Dor (repouso e em atividade); Avaliação risco de queda (Morse); Avaliação risco integridade cutânea (Braden) Administração de terapêutica prescrita (dor e/ou espasticidade); <u>Ensinar, instruir e treinar posicionamentos antispásticos, e de relaxamento muscular no leito</u> (posição de buda, p.ex.); <u>Ensinar, instruir e treinar mobilizações</u> (MP, AA, A, AM); <u>Exercícios na CR</u> (inclinação lateral do tronco, avião, Push-ups, Flexão do tronco)	<u>30.09.22</u> Dor (0- repouso; 4 – Associada à Espasticidade); Braden: 13 (A. Risco); Morse: 20 (B.Risco) (S. totalmente, parcialmente compensatório e de ensino e apoio). <u>24.10.22 - 21.11.22</u> Dor (0- repouso; 3 – Associada à Espasticidade); Braden: 13 (A. Risco); Morse: 20 (B.Risco) (S. totalmente compensatório)

Dor

22



Plano de Cuidados

Focos de
Diagnóstico
em EEER

Nome: Sr. H.		Req. U. Autocuidado: A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.		
Diagnóstico: Sequelas de LVM		Incapacidade: Paraplegia ASIA A NN T4		
Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Ação de Enfermagem	Avaliação
30.09	Défice de conhecimentos relacionados com a sua situação atual de doença, e o que perspectiva para o futuro.	<u>Adquirir conhecimentos verdadeiros e sem subterfúgios da situação atual de doença e situação futura.</u> Facilitar a comunicação entre a pessoa e o agente terapêutico.	Desenvolver uma relação de ajuda; Informar com a verdade; Valorizar as manifestações emocionais, e/ou recusas na participação em atividades; Dar resposta às questões colocadas; <u>Ensinar, instruir e validar informação pertinente sobre a situação atual de doença, e sobre alterações futuras.</u>	<u>30.09.22:</u> Não verbaliza questões ou dúvidas sobre a sua situação de doença. Não expressa objetivos pessoais para o internamento. (S. de apoio e ensino) <u>24.10.22:</u> Mais comunicativo, e questiona como será o futuro, refere 'saber que não vai andar nunca mais'; revela algum interesse para as atividades (S. de apoio e ensino) <u>21.11.22:</u> Mais comunicativo, refere querer ficar o mais independente possível, para regressar a casa. (S. de apoio e ensino)

23



Plano de Cuidados



Capacitação de
um familiar

Esposa, sr.^a A.

- Ensino, instrução e treino de transferências para diferentes superfícies;
- Ensino, instrução e treino de mobilizações e posicionamentos;
- Ensino e instrução sobre treino intestinal e vesical;
- Ensino, instrução e treino de cuidados de higiene (banho no wc com uso de produto de apoio);
- Ensino e instrução sobre cuidados a ter com a pele (integridade cutânea);
- Ensino e instrução sobre sinais, sintomas e como reverter a Disreflexia Autônoma.

Preparação
Regresso a
casa



- Estudo dos produtos de apoio mais adequados – serviço de AVD;
- Uso de produtos de apoio do serviço(empréstimo) nas idas de fim de semana a casa;
- Avaliação, mediante fotografias, das condições habitacionais, para avaliação de acessibilidades e obstáculos;
- Em processo de reestruturação do WC (banheira – poliban), bem como o de alargamento de portas (80cm);
- Sessões de Educação para o familiar/cuidador de referência (esposa).

24

Parâmetro Avaliado / Escala		Av. Inicial: 30.09.2022	Av. Intermédia 24.10.2022	Últ. Avaliação 21.11.2022
Sinais Vitais	TA	113/62 mmHg	98/62 mmHg	102/66 mmHg
	FC	71 bpm	65 bpm	74 bpm
	Temp.	36,4°C	36,2°C	36,7°C
	FR	20 cpm	19 cpm	20 cpm
	SpO2	98%	97%	97%
Dor (Escala numérica)		4 ('aperto' – espasticidade)	4 ('aperto' – espasticidade)	3 ('aperto' – espasticidade)
		0 em repouso	0 em repouso	0 em repouso
Consciência (Escala de Glasgow)		15	15	15
Av. Neurológica (ASIA)		ASIA A NN D4	ASIA A NN D4	ASIA A NN D4
Av. Sensibilidade	Superficial	Identifica acima linha mamilar	Identifica acima linha mamilar	Identifica acima linha mamilar
	- Térmica			
	- Tátil			
	- Dolorosa			
	Profunda	MSD/E – Mantida	MSD/E – Mantida	MSD/E – Mantida
	- Proprioceptiva	MID/E – Abolida	MID/E – Abolida	MID/E – Abolida
	(Vibratória)			
Funcionalidade (MIF)		69	76	79
Força Muscular (MRC)		5/5	5/5	5/5
	MSEsq	5/5	5/5	5/5
	MIDto	0/5	0/5	0/5
	MI Esq	0/5	0/5	0/5
	MSDto	0 – Tônus normal	0 – Tônus normal	0 – Tônus normal
Tónus Muscular (Ashworth Modificada)		0 – Tônus normal	0 – Tônus normal	0 – Tônus normal
	MIDto	Coxo-femural – joelho – E3 Tibio-társica – pé – E1+	Coxo-femural – joelho – E3 Tibio-társica – pé – E1+	Coxo-femural – joelho – E3 Tibio-társica – pé – E1
	MI Esq	Coxo-femural – joelho – E3 Tibio-társica – pé – E1+	Coxo-femural – joelho – E3 Tibio-társica – pé – E1+	Coxo-femural – joelho – E3 Tibio-társica – pé – E1
Equilíbrio (sentado)	Estático	Pouco eficaz	Eficaz	Eficaz
	Dinâmico	Pouco eficaz	Pouco eficaz	Eficaz

Avaliação Multidimensional

Ao longo do internamento foram realizadas avaliações sempre que consideradas necessárias. Apresentam-se aqui aquelas que se consideraram mais relevantes

Ganhos ao nível do controle da dor (desconforto associado à espasticidade, que também teve ligeira diminuição), ao nível da Funcionalidade, e ao nível do Equilíbrio sentado.

25



Considerações Finais

O plano de cuidados elaborado teve como objetivo principal garantir a máxima capacidade funcional, a autonomia e a independência do sr. H. Para isso foi importante realizar uma apreciação multidimensional, e o percurso de internamento prolongado permitiu a realização de atividades direcionadas, com calma, permitindo a integração gradual de conhecimentos por parte do sr. H.

Foi possível realizar várias avaliações da eficácia das atividades implementadas, e efetuar as correções necessárias, face aos resultados esperados, e à melhor evidência científica. O sr. H., demonstrou ganhos ao nível do controle da dor (desconforto associado à espasticidade, que também teve ligeira diminuição ao nível dos segmentos da Tibio-Társica – Pé, bilateralmente), ao nível da Funcionalidade (com score de MIF de 69-79) e ao nível do Equilíbrio sentado (tanto o dinâmico como o estático, passaram de pouco eficaz a eficaz).

A realização deste estudo de caso, permitiu-me o desenvolver competências e o aprofundar de conhecimentos teóricos, científicos e práticos nos cuidados à pessoa com LVM. Esta é uma área de interesse pessoal, que se coaduna com as competências do EEER, e que se revela um desafio, na melhoria da funcionalidade, e na capacitação da pessoa com LVM.

26

- Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F., Bimbatti, K., Ribeiro, O. (2021) - Enfermagem de Reabilitação na assistência à pessoa com Lesão Medular, In *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*, Lisboa: Lidel;
- Ordem dos Enfermeiros (2009) - *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*, Cadernos OE, Série I, nº2, 2009, ISBN: 978-989-96021-2-0;
- Ordem dos Enfermeiros (2014) - Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Porto, 2014;
- Ordem dos Enfermeiros (2016) – Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, 2016;
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª Edição). St. Louis: Mosby, Inc.

27

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso
Intervenção do Enfermeiro Especialista de
Reabilitação à pessoa com Lesão Vertebro-medular

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso em Contexto Comunitário

**Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação à pessoa
submetida a amputação**



Lisboa, 27 de Janeiro de 2023

Prof. Orientador:

Prof. Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

Enf. Orientador:

EEER

Discente:

Naútila Vicência Cardoso Caleço

1



Sumário

Objetivos
Colheita de dados
Avaliação de Enfermagem de Reabilitação
Plano de Intervenção
Considerações Finais
Referências Bibliográficas

2

Analisar os principais problemas vivenciados por pessoa submetida a amputação e correspondentes fenómenos de enfermagem.

Criar planos de cuidados à pessoa submetida a amputação, incorporando -os no processo global de cuidados.

Avaliar os resultados das intervenções realizadas, à pessoa submetida a amputação.

3

Identificação

Dimensão
Sociofamiliar

Antecedentes
Pessoais

Terapêutica
habitual

História de doença
Atual



1. Identificação

Nome: Sr. G. M.

Idade: 72 anos

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casado

Escolaridade: 9º Ano

Profissão: Administrativo (Reformado)

Lazer: Ver Tv, Ler, ir ao Ginásio, ir à Hidroginástica

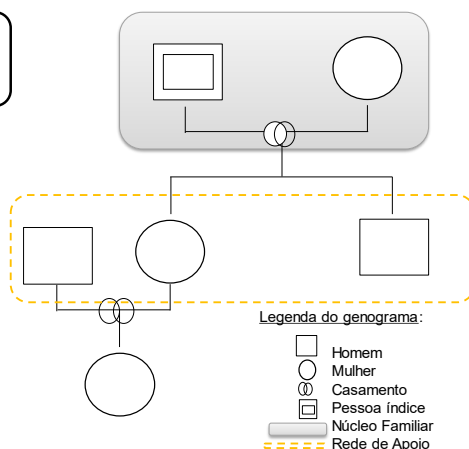
Agregado Familiar: Sra. M. (esposa)

Residência: Amadora

4

2. Dimensão Sociofamiliar

Identificação
Dimensão Sociofamiliar
Antecedentes Pessoais
Terapêutica habitual
História de doença Atual



- **Principal cuidador:** sr.ª M. (esposa) (doméstica, sempre cuidou da gestão da casa).
- **Rede de Apoio:** filha e genro. O filho atualmente no estrangeiro a trabalho.
- **Rendimentos familiares:** suficientes para suprir as necessidades.

5

3. Antecedentes Pessoais

Identificação
Dimensão Sociofamiliar
Antecedentes Pessoais
Terapêutica habitual
História de doença Atual

- Diabetes Mellitus II
- Hipertensão Arterial
- Hipercolesterolemia
- Doença Arterial Periférica
- AVC Isquémico HD (2012, 2020)
- Ex-Fumador
- Hábitos etanólicos (abstinência 3 anos)



4. Terapêutica Habitual

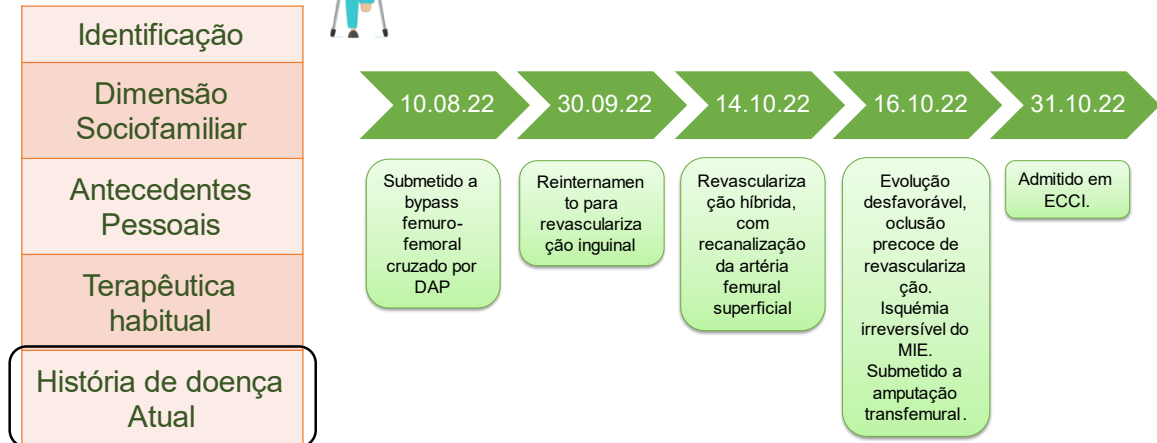
- Synjardy 5mg/850mg;
- Esomeprazol 20mg;
- Clopidogrel 75mg;
- Olmesartan + Amlodipina 20mg+5mg;
- Gabapentina 100mg;
- Pentoxifilina 400mg;
- Fluoxetina 20mg;
- Ácido Acetilsalicílico 100mg;
- Atorvastatina 40mg;
- Paracetamol 1000mg;
- Metamizol Magnésio 575mg



6



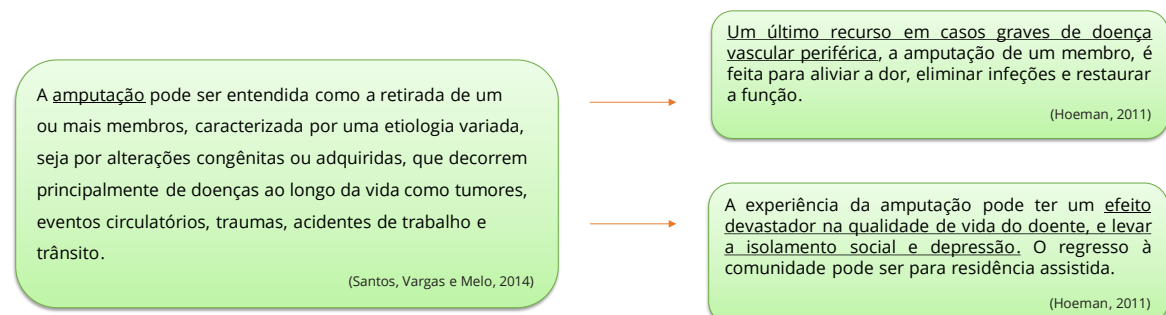
5. História de Doença Atual



7



5. História de Doença Atual



8



Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

(12.2022)

1. Condições Ambientais e Habitacionais

Condições
Ambientais e
Habitacionais

Exame Neurológico

Exame Físico

Motricidade

Autocuidado

Diagnósticos de
Enfermagem

- T2, 3º andar em prédio sem elevador, sem barreiras arquitetónicas de acesso ao prédio;
- Móveis a limitar a área útil do quarto do sr. G.M. (não consegue circular em todos os espaços em CR);
- A cozinha, corredor e sala com área útil adequada ao uso de CR/Andarilho;
- 2º quarto com espaço útil limitado (não utiliza);
- A casa de banho – **banheira (com cadeira rotativa), sanita, lavatório e um móvel (área útil bastante limitada), não entra com CR**;
- Sótão (com 2 quartos), acesso por escada de 'caracol' (não utiliza);
- Portas de cerca de 80cm;
- Pisos (corredor, casa de banho e cozinha) em ladrilho, e (quartos) em tacos/madeira flutuante.

9



Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

(12.2022)

2. Exame Neurológico

Condições
Ambientais e
Habitacionais

Exame Neurológico

Exame Físico

Motricidade

Autocuidado

Diagnósticos de
Enfermagem

- Vígil, orientado no tempo, espaço e pessoa;
- Discurso coerente, fluente e sem alterações ao nível da expressão e compreensão;
- Otimista face à sua situação de saúde atual e futura;
- *Glasgow score* 15 (Abertura Ocular: 4, Resposta Verbal: 5, Resposta Motora: 5);
- Cumpre ordens complexas;
- Sem alterações ao nível da atenção e memória (*MMSE, score 28*).



10



3. Exame Físico

Condições Ambientais e Habitacionais
Exame Neurológico
Exame Físico
Motricidade
Autocuidado
Diagnósticos de Enfermagem

- Pele e mucosas ligeiramente descoradas e hidratadas;
- Sem alterações de temperatura, pele íntegra e sem sinais de UPP;
- **Coto com sutura operatória sem alterações, em modelação para protetização ;**
- SV dentro dos parâmetros normais (normotenso, normocárdico – sob terapêutica);
- Eupneico em ar ambiente, padrão respiratório toraco -abdominal, SDR;
- Capacitado para a gestão de esforço;
- **Dor esporádica no MID (após atividade), sem dor em repouso** (0-3, na escala numérica da dor);
- **Refere 'dor fantasma' no MIE, se ligadura modeladora do coto mais apertada**, reverte sem recurso a analgesia.

11



4. Motricidade

Condições Ambientais e Habitacionais
Exame Neurológico
Exame Físico
Motricidade
Autocuidado
Diagnósticos de Enfermagem

4.1 Força Muscular – MRC (*Medical Research Council*)

Grupo muscular	Esq.	Dir.
Abdutores do ombro	4/5	5/5
Flexores do cotovelo	4/5	5/5
Extensores do punho	4/5	5/5
Flexores da coxofemoral	4/5	5/5
Flexores do joelho	-----	5/5
Dorsiflexores do tornozelo	-----	5/5

Movimento muscular ativo contra a gravidade e resistência; força diminuída no HE (seq. AVC)

4.2 Tônus Muscular – *Ashworth Modificada*

Grau 0 – sem aumento de tônus muscular

12



4. Motricidade

Condições Ambientais e Habitacionais
Exame Neurológico
Exame Físico
Motricidade
Autocuidado
Diagnósticos de Enfermagem

4.3 Equilíbrio e Marcha

Equilíbrio		Marcha
Sentado	Em pé	Com Andarilho
Estático	Estático	Iniciou treino, com supervisão.
Não comprometido	Comprometido	
Dinâmico	Dinâmico	↓
Comprometido	Comprometido	Aguarda consulta de prótese

→ Fevereiro de 2023

4.4 Integridade Cutânea e Risco de Quedas

- Risco de UPP (Braden): 17 (risco elevado);
- Risco de Queda (Morse): 50 (risco elevado).

13



5. Autocuidado

Condições Ambientais e Habitacionais
Exame Neurológico
Exame Físico
Motricidade
Autocuidado
Diagnósticos de Enfermagem

5.1 Requisitos Universais do Autocuidado

A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso

Requisitos Universais de autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	Faz períodos de sono noturno/diurno; Autocuidado: Higiene Pessoal, e Vestir-se comprometido. Mobilidade comprometida. (Barthel: 63 – dependência moderada)	Défice no autocuidado: Higiene Pessoal e Vestir-se, relacionado com a situação de doença; Défice nas transferências e mobilizações, relacionado com a situação de doença.	Atuação do enfermeiro pelo sistema totalmente, parcialmente compensatório, e de apoio e ensino.



5. Autocuidado

5.1 Requisitos Universais do Autocuidado

A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social

Requisitos Universais de autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Interage com família sem alterações. Afastado da convivência com amigos (atividades de lazer).	Estado emocional comprometido, relacionado com situação de dependência.	Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório, e de apoio e ensino.



5. Autocuidado

5.1 Requisitos Universais do Autocuidado

A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.

Requisitos Universais de autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal	Refere vagamente saber a sua condição atual de doença, mas não demonstra muitos conhecimentos sobre o que se pode esperar no futuro.	Défice de conhecimentos relacionados com o que perspectiva para o futuro (prótese e recuperação).	Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.



6. Diagnósticos de Enfermagem

Condições Ambientais e Habitacionais
Exame Neurológico
Exame Físico
Motricidade
Autocuidado
Diagnósticos de Enfermagem

- Dor no MID/Dor fantasma MIE;
- **Diminuição da força muscular no MSE;**
- **Alteração do equilíbrio corporal;**
- Capacidade de transferência comprometida;
- **Marcha comprometida;**
- Défice no autocuidado para o uso do sanitário, higiene e vestuário;
- Risco de queda elevado;
- Risco elevado de alteração da integridade cutânea;
- Gestão terapêutica e dietética comprometida.



Plano de Intervenção

Objetivos

- Maximizar a funcionalidade, a autonomia e independência do sr. G.M;
- Readaptação ao domicílio;
- Garantir as melhores condições para a colocação da prótese.





Plano de Intervenção

Nome: Sr. G.M.		Req. U. Autocuidado: A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso.	
Diagnóstico: Isquémia do MIE.		Incapacidade: Amputação MIE.	
Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos (Resultados esperados)	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
- Diminuição da força muscular no MSE relacionado com status pós AVC e evidenciado pela força muscular 4/5 na Escala MRC. (12/22) Déficé no autocuidado: Higiene Pessoal e Vestir-se Mobilidade comprometida (dificuldade para se autocuidar de forma autónoma).	- Promover a recuperação e autonomia no autocuidado; - Prevenir o declínio funcional. - Aumentar a força muscular e manter a função articular do MSE; - Adesão e cumprimento do plano de exercícios musculares. - Que o Sr. G.M. realize os exercícios autonomamente.	- Planear os exercícios de reabilitação motora em parceria com o Sr. G.M., e equipa de Reabilitação (Fisioterapeuta), tendo em conta a sua disponibilidade e tolerância ao esforço; - Avaliar e monitorizar os SV; - Realizar exercícios isotónicos ativos e ativos-resistidos no MSE (10 repetições, 2 séries, 2x/dia), assim como no MSD; - Avaliar a força muscular através da escala MRC; - Capacitar o Sr. G.M. a realizar os exercícios de fortalecimento muscular autonomamente.	<u>05.01.23</u> - Realizados exercícios isotónicos ativos do MSE/MSD (SIC: 1x/dia). - Mantém a mesma força muscular segundo a Escala MRC (HE: 4/5; HD:5/5). - Consegue realizar cuidados de higiene oral, pentear e barbear. Ajuda moderada no banho, em cadeira rotativa. Ajuda parcial no vestuário da cintura para baixo e calçado. (Barthel:63) <u>26.01.23</u> - Mantém necessidade de ajuda para higienizar algumas partes do corpo (Barthel:70). Mantém a mesma força muscular segundo a Escala MRC (HE: 4/5; HD:5/5).



Plano de Intervenção

Nome: Sr. G.M.		Req. U. Autocuidado: A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	
Diagnóstico: Isquémia do MIE.		Incapacidade: Amputação MIE.	
Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos (Resultados esperados)	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
- Alteração do equilíbrio corporal, relacionado com a modificação do centro de gravidade, como resultado da amputação transfemoral do MIE, manifestado por necessidade de usar os MS para o equilíbrio sentado e posição de pé. (12/22) Déficé nas transferências e mobilizações	- Prevenir alterações músculo - esqueléticas; - Manter a integridade cutânea e osteoarticular; - Manter o alinhamento corporal; - Estimular a circulação e preservar a noção de movimento e a propriocepção. - Realizar levante para posição ortostática com o mínimo de ajuda possível; - Que o Sr. G.M. consiga manter o equilíbrio sentado sem o uso dos MS para a estabilização. - Que o Sr. G.M. realize os exercícios autonomamente.	- Educar/Instruir o Sr. G.M. sobre noções de equilíbrio, como base de sustentação e o centro da gravidade/equilíbrio. - Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado (na CR ou cama): - Solicitar abdução progressiva dos ombros, até 90°, com os cotovelos em extensão. Corrigir a postura se necessário em frente ao espelho. Supervisionar e estabilizar (usando os antebraços na região axilar) se necessário. - Solicitar a inclinação lateral e flexão do tronco, com tentativa de equilíbrio, sem apoio dos MS. - Realizar o Exercício do Avião - abdução dos ombros até 90°, cotovelos em extensão, e realizar inclinação do tronco para a esquerda e direita.	<u>15.12.22</u> - Realizada educação sobre as noções de equilíbrio, ao qual o Sr. G.M. já detinha algum conhecimento prévio. - Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado. Apresenta boa capacidade de execução dos mesmos. - Tem necessidade de usar os MS para o equilíbrio dinâmico na cama. - Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé. Apresenta dificuldade na execução dos mesmos. (Tinetti:6).



Plano de Intervenção

Nome: Sr. G.M.		Req. U. Autocuidado: A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso														
Plano de Exercícios. Sr. G.		Incapacidade: Amputação MIE.														
Exercícios de Equilíbrio		Intervenção de Enfermagem														
<table><tr><td>Levantar com o Andarilho (olhar em frente)</td><td>Levantar braço Direito</td><td>Levantar braço Esquerdo</td><td>Levantar braço Direito e braço Esquerdo (Avião)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Aguentar 1 minuto (se cansaço, sentar) Repetir 3 a 5 x/dia</td><td>Aguentar 30seg (se desequilíbrio, apoiar no andarilho) Repetir 3 a 5 x/dia</td><td>Aguentar 30seg (se desequilíbrio, apoiar no andarilho) Repetir 3 a 5 x/dia</td><td>Aguentar 10 a 30seg (se desequilíbrio, apoiar no andarilho) Repetir 3 a 5 x/dia</td></tr></table> Pode fazer em frente ao espelho... para olhar em frente, ajuda! Treino de Saltos "ao pé coquinho". De pé apoiado no andarilho a olhar em frente... saltar 1x, 2x, 3x, até 10x Aumenta força na perna e braços. Tentar estar o mais "direito" possível		Levantar com o Andarilho (olhar em frente)	Levantar braço Direito	Levantar braço Esquerdo	Levantar braço Direito e braço Esquerdo (Avião)					Aguentar 1 minuto (se cansaço, sentar) Repetir 3 a 5 x/dia	Aguentar 30seg (se desequilíbrio, apoiar no andarilho) Repetir 3 a 5 x/dia	Aguentar 30seg (se desequilíbrio, apoiar no andarilho) Repetir 3 a 5 x/dia	Aguentar 10 a 30seg (se desequilíbrio, apoiar no andarilho) Repetir 3 a 5 x/dia	Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática: - Manter a posição ortostática o maior tempo possível, com apoio do andarilho, olhando para a frente/espelho e corrigir a postura, do tronco (olhos abertos e fechados) - Solicitar abdução progressiva dos ombros, até 90°, com os cotovelos em extensão e exercício do avião; - Diminuir progressivamente o auxílio do enfermeiro na manutenção do equilíbrio. - Incentivar o Sr. G.M. para a realização dos exercícios autonomamente (com supervisão) - Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico, sentado e na posição ortostática.		Avaliação 05.01.23 - Realiza autonomamente alguns exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado na CR. - Não necessita de usar os MS para o equilíbrio estático sentado na cama. - Realiza treino de equilíbrio estático em posição ortostática. Manteve-se de pé 10/20 segundos, com apoio do andarilho; - Realizado treino de equilíbrio estático em posição ortostática. Com MS em abdução (dto/esq). Manteve cerca de 10seg. - Exercício do avião (cerca de 5 seg). (Tinetti:7)
Levantar com o Andarilho (olhar em frente)	Levantar braço Direito	Levantar braço Esquerdo	Levantar braço Direito e braço Esquerdo (Avião)													
Aguentar 1 minuto (se cansaço, sentar) Repetir 3 a 5 x/dia	Aguentar 30seg (se desequilíbrio, apoiar no andarilho) Repetir 3 a 5 x/dia	Aguentar 30seg (se desequilíbrio, apoiar no andarilho) Repetir 3 a 5 x/dia	Aguentar 10 a 30seg (se desequilíbrio, apoiar no andarilho) Repetir 3 a 5 x/dia													



Plano de Intervenção

Nome: Sr. G.M.		Req. U. Autocuidado: A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	
Diagnóstico: Isquémia do MIE.		Incapacidade: Amputação MIE.	
Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos (Resultados esperados)	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
- Alteração do equilíbrio corporal, relacionado com a modificação do centro de gravidade, como resultado da amputação transfemoral do MIE, manifestado por necessidade de usar os MS para o equilíbrio sentado e posição de pé. (12/22) Défice nas transferências e mobilizações	- Prevenir alterações músculo - esqueléticas; - Manter a integridade cutânea e osteoarticular; - Manter o alinhamento corporal; - Estimular a circulação e preservar a noção de movimento e a propriocepção. - Realizar levante para posição ortostática com o mínimo de ajuda possível; - Que o Sr. G.M. consiga manter o equilíbrio sentado sem o uso os MS para a estabilização. - Que o Sr. G.M. realize os exercícios autonomamente.	- Realizar todos os exercícios propostos, em sequência) - Realizar os exercícios pré-definidos (mas de olhos fechados); - Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico, sentado e na posição ortostática.	16.01.23- 26-01-23 - Realiza autonomamente a maioria dos exercícios propostos; - Realizado treino de equilíbrio (estático/dinâmico) posição ortostática com (olhos abertos/fechados), abdução MSD/MSE, e posição de avião. (Tinetti:10)



Plano de Intervenção

Nome: Sr. G.M.		Req. U. Autocuidado: A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso													
Diagnóstico: Isquémia do MIE.		Incapacidade: Amputação MIE.													
Plano de Exercícios. Sr. G. Exercícios de Deambulação com Andarilho <table border="1"> <tr> <td>Posição de pé com o Andarilho (olhar em frente)</td><td>Mover o andarilho para a frente</td><td>Dar um salto em frente</td><td>Voltar à posição inicial</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Repetir 3 a 5 x/dia</td><td>Repetir 3 a 5 x/dia</td><td>Repetir 3 a 5 x/dia</td><td>Repetir 3 a 5 x/dia</td></tr> </table> Ir fazendo pequenos percursos ao longo do dia... com calma, cuidado para não rodar o joelho... dar os saltos!! Estes exercícios sempre com supervisão/apoio da cuidadora, esposa, sr.ª M.		Posição de pé com o Andarilho (olhar em frente)	Mover o andarilho para a frente	Dar um salto em frente	Voltar à posição inicial					Repetir 3 a 5 x/dia	Repetir 3 a 5 x/dia	Repetir 3 a 5 x/dia	Repetir 3 a 5 x/dia	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
Posição de pé com o Andarilho (olhar em frente)	Mover o andarilho para a frente	Dar um salto em frente	Voltar à posição inicial												
Repetir 3 a 5 x/dia	Repetir 3 a 5 x/dia	Repetir 3 a 5 x/dia	Repetir 3 a 5 x/dia												
		- Adaptar o domicílio, em conjunto com a família, para permitir a mobilidade da CR em todas as divisões, nomeadamente: retirar tapete da cozinha; - Ensinar/instruir o sr. G.M. para a melhor forma de 'passar' a CR (fechada) aos pés da cama, para chegar ao outro lado, e utilizá-la de forma correta; - Assessorar na escolha do andarilho mais indicado, A CR já é adequada ao sr. G.M. e aos espaços do domicílio (largura de portas/corredor/divisões). - Ensinar e treinar o Sr. G.M. relativamente ao melhor uso da CR, e andarilho; - Ensinar à Sr.ª M. como realizar a manutenção e arrumação da CR/andarilho; - Avaliar a capacidade do Sr. G.M. para usar a CR e andarilho com segurança.	<u>15.12.22</u> Deambula em CR de forma autónoma no domicílio. Marcha ineficaz. (Holden 0) <u>05.01.23</u> Deambula em CR de forma autónoma no domicílio. Marcha dependente nível II (Holden 1) (consegue percorrer cerca de 3m com andarilho). <u>16.01.23- 26.01.23</u> Deambula em CR de forma autónoma no domicílio. Marcha dependente nível II (Holden 1) (consegue percorrer cerca de 8m com andarilho, faz pausa a 4m)												



Plano de Intervenção

Nome: Sr. G.M.		Req. U. Autocuidado: A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	
Diagnóstico: Isquémia do MIE.		Incapacidade: Amputação MIE.	
Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos (Resultados esperados)	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
- Estado emocional comprometido, relacionado com situação de dependência. - Défice nas relações sociais e para a participação em grupos e atividades.	- Promover a socialização e participação nas atividades programadas; - Facilitar a comunicação entre a pessoa e o agente terapêutico.	- Desenvolver uma relação de ajuda; - Informar com a verdade; - Ensinar, instruir e corrigir, sem substituir a pessoa nas atividades; - Valorizar as manifestações emocionais, e/ou recusas na participação em atividades; - Dar resposta às questões colocadas; - Valorizar as pequenas conquistas.	<u>05.01.23:</u> Cumpe as várias atividades programadas, mas por vezes com alguma renitência. <u>26.01.23:</u> Otimista face à sua situação de doença, aguarda consulta de IC Vascular (avaliação para possível prótese).



Plano de Intervenção

Nome: Sr. G.M.		Req. U. Autocuidado: A prevenção dos riscos para a vida humana para o funcionamento humano e para o bem-estar humano	
Diagnóstico: Isquémia do MIE.		Incapacidade: Amputação MIE.	
Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos (Resultados esperados)	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
- Défice no movimento muscular, nas transferências, alteração de decúbitos. - Riscos para a integridade cutânea. - Risco de queda.	- Prevenir síndrome de imobilidade; - Manter a integridade das estruturas musculares e osteoarticulares; - Promover a integridade cutânea; - Prevenir quedas.	- Avaliação da Dor (repouso e em atividade); - Avaliação risco de queda (Morse); - Avaliação risco integridade cutânea (Braden) - Administração de terapêutica prescrita (dor); - Ensinar, instruir e treinar exercícios de alongamento e de relaxamento muscular na cama/sentado (MID); - Ensinar, instruir e treinar mobilizações (MP, AA, A, AM); - Ensinar, instruir e treinar a colocação da ligadura para modelação do coto; - Exercícios na CR (inclinação lateral do tronco, avião, Push-ups, Flexão do tronco).	<u>05.01.23</u> Realiza exercícios de alongamento e relaxamento muscular. A esposa está capacitada para colocar a ligadura. Dor MID (0- Repouso; 3 – Associada à Atividade); Braden: 17 (R. Elevado); Morse: 50 (R. Elevado). <u>26.01.23</u> Realiza exercícios de alongamento e relaxamento muscular. O Sr. G.M., ajuda na colocação da ligadura. Dor MID (0- Repouso; 3 – Associada à Atividade); Braden: 16 (R. Elevado); Morse: 25 (Médio Risco).

25



Plano de Intervenção

Nome: Sr. G.M.		Req. U. Autocuidado: A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	
Diagnóstico: Isquémia do MIE.		Incapacidade: Amputação MIE	
Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos (Resultados esperados)	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
Défice de conhecimentos relacionados com a sua situação atual de doença, e o que perspectiva para o futuro.	- Adquirir conhecimentos verdadeiros e sem subterfúgios da situação atual de doença e situação futura. - Facilitar a comunicação entre a pessoa e o agente terapêutico.	- Desenvolver uma relação de ajuda; - Informar com a verdade; - Valorizar as manifestações emocionais, e/ou recusas na participação em atividades; - Dar resposta às questões colocadas; - Ensinar, instruir e validar informação pertinente sobre a situação atual de doença, e sobre alterações futuras.	<u>12.12.22:</u> Não verbaliza questões ou dúvidas sobre a sua situação de doença. Não expressa objetivos pessoais para a reabilitação. (S. de apoio e ensino) <u>05.01.23:</u> Mais comunicativo, participa nas atividades propostas e entende a sua importância. (S. de apoio e ensino) <u>26.01.23:</u> Realiza as atividades propostas, mesmo sem a nossa presença (com supervisão da esposa), apesar de por vezes serem poucas as repetições, está motivado para a recuperação da sua funcionalidade.



Plano de Intervenção



Capacitação de
um familiar

Esposa, sr.^a M.

- Ensino, instrução e treino de transferências para diferentes superfícies;
- Ensino, instrução e treino de marcha (com andarilho), como supervisor/pessoa de apoio;
- Ensino, instrução e treino de cuidados de higiene (banho no wc com uso de produto de apoio);
- Ensino e instrução sobre cuidados a ter com a pele (integridade cutânea);
- Ensino e instrução sobre aplicação de ligadura, para modelação do coto.

- Aconselhamento e informação sobre produtos de apoio/ajudas técnicas adequadas (andarilho/CR);
- Aconselhamento sobre retirada de tapetes (cozinha/WC), para prevenção de quedas, e permitir uma melhor deambulação;
- Incentivado a realizar tarefas no domicílio (AIVD), realizado treino de: colocação de talheres/pratos na mesa, uso de telefone;
- Informação sobre unidades de reabilitação e encaminhamento para UMDR, afim de dar continuidade ao programa de reabilitação iniciado, e otimizar o potencial de recuperação/readaptação funcional do Sr. G.M.

Adaptação ao
domicílio.



27

Considerações Finais

- Ganhos ao nível da independência no autocuidado
 - Índice de Barthel (63-70)
- Ganhos ao nível do equilíbrio
 - Escala de Tinetti (7-10)
- Ganhos ao nível da marcha
 - Escala de Holden (0-1)

- Melhorou a sua funcionalidade (maior autonomia no autocuidado – AVD);
 - Independente na deambulação com CR;
- Marcha com Andarilho (Início dez/jan. – cerca de 3m, evoluiu para cerca de 8m, com paragem a 4/5m, para sentar e aliviar dor no MID).
- Aguarda consulta de IC Vascular (fevereiro), para avaliação (possibilidade de protetização);
 - Tem pedido de transferência para uma UMDR.



- Motivação do Sr. G.M.;
- Capacidade de adaptação.

Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação



Adaptação;
Promoção do autocuidado;
Prevenção de complicações.

28

- Hoeman, S. P. (2011) – Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados, 4ª edição, Lusodidacta, Loures;
- Ordem dos Enfermeiros (2014) - Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Porto, 2014;
- Ordem dos Enfermeiros (2016) – Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, 2016;
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª Edição). St. Louis: Mosby, Inc;
- Santos, J. R.; Vargas, M. M.; Melo, C. M. (2014) - Nível de atividade física, qualidade de vida e rede de relações sociais de amputados. *R. bras. Ci. e Mov.* 2014; 22(3): 20-26

29

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso em Contexto Comunitário
**Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação à pessoa
submetida a amputação**



Prof. Orientador:

Prof. Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

Enf. Orientador:

EEER

Discente:

Nautília Vicência Cardoso Caleço

30

Apêndice IV: Formação em serviço: Reeducação da Função
Alimentação

REEDUCAÇÃO DA FUNÇÃO ALIMENTAÇÃO

- DA DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA À REEDUCAÇÃO DA FUNÇÃO ALIMENTAÇÃO -

21 de Novembro de 2022

Enf.ª Naútilia Caleço

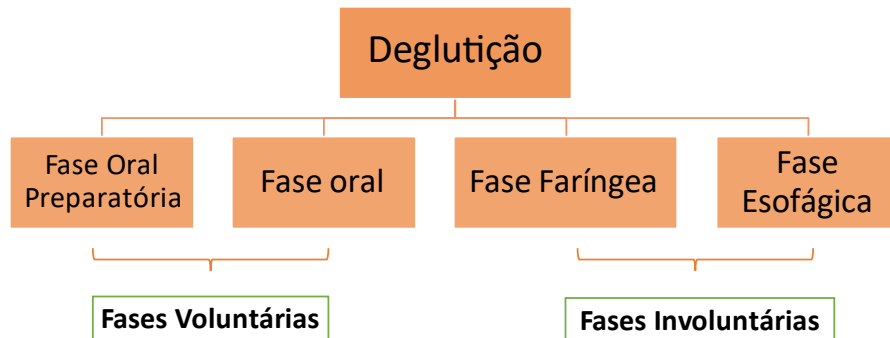
Enf. Orientador: Enf.º Especialista em Enfermagem de Reabilitação XXXXXXXXXX

Prof. Orientador: Prof. Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

Deglutição
Alterações da Deglutição: Disfagia
Avaliação da Deglutição
Intervenções do EEER na reeducação da função alimentação
Considerações Finais
Referências Bibliográficas

A **Deglutição** é considerada uma atividade fundamental para a manutenção da vida. É definida como um processo complexo, dinâmico e automático, envolvendo movimentos voluntários e involuntários, e que, embora seja contínuo, subdivide-se em 4 fases.

(Resende et al, 2005)



3

Um compromisso no processo de deglutição, que interrompa o fluxo do bolo alimentar, denomina-se de **Disfagia**. A este distúrbio podem estar inerentes causas do foro neurológico e/ou estruturais, como défices após um AVC, TCE, D. Parkinson, D. Alzheimer, entre outras.

(ASHA, 2020; Branco, & Portinha, 2017).



Com o aumento da incidência de AVC, também aumenta a incidência de Disfagia, associada a essa doença.

A capacidade para deglutir interfere com a vida pessoal e social da pessoa, tendo um impacto significativo na sua qualidade de vida.

(Glenn Molali 2011)

O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal.

(Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2021)

4

A Disfagia é um problema comum, podendo surgir nas pessoas com AVC, entre 25% a 50%.

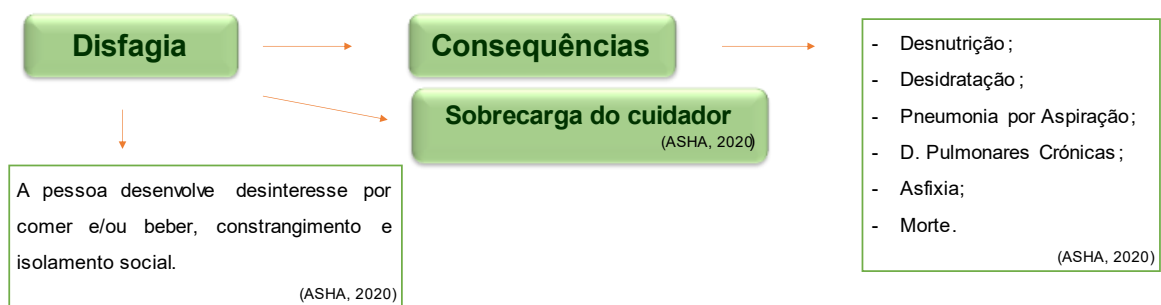
(Leal, 2021).

A maioria das pessoas com disfagia, recupera ao fim de uma semana.

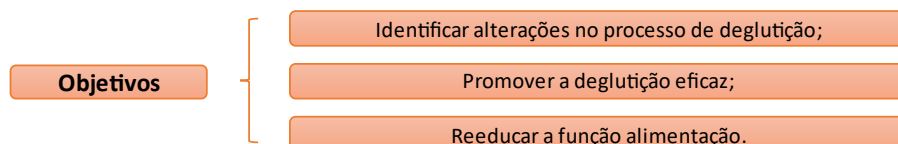
(Faria, 1998).

No caso das pessoas com AVC, é mais comum terem disfagia Orofaríngea, relacionando-se com a diminuição da força, do tónus, e/ou de sensibilidade dos músculos da face, da mandíbula e/ou de língua.

5



Programa de Reabilitação para a Reeducação da função alimentação



Avaliação da Deglutição

Teste GUSS (Gugging Swallowing Screen)

(O.E., 2016)

Teste Direto

Teste Indireto

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição impossível	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	☐ 1	☐ 1	☐ 1
• Deglutição com sucesso	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TOSSE (Involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
SIALORREIA			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "O")			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)	(20) (16)		

9

Avaliação da Deglutição

Teste GUSS (Gugging Swallowing Screen)

(O.E., 2016)

Teste Direto

Teste Indireto

GUSS Gugging Swallowing Test

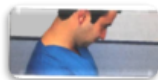
Data da avaliação _____ Hora _____ Identificação doente _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	☐ 1	☐ 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	☐ 1	☐ 0
Deglutição de saliva	☐ 1	☐ 0
• Deglutição com sucesso	☐ 0	☐ 1
• Sialorreia	☐ 0	☐ 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	☐ 0	☐ 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

8

Intervenções Compensatórias e Terapêuticas



Técnicas Posturais;



Estimulação Sensitiva;



Mudanças Voluntárias da Deglutição;

Ex. de Amplitude de Movimento e Fortalecimento Muscular;



Alterações na Dieta;

Cuidados Transversais.

11

Avaliação da Deglutição



Na pessoa com AVC



Antes de se administrar qualquer alimento líquido ou sólido, deve-se:



- Observar e avaliar o controlo da cabeça na posição de sentado;
- Avaliar a simetria da face e dos lábios;
- Observar a capacidade da pessoa para fechar os lábios firmemente;
- Observar a simetria interna da boca;
- Observar o estado geral dos dentes e colocar a prótese dentária, se a tiver.

(DGS, 2010)

10

Estimulação Sensitiva

- **Mudança no sabor;**
(o sabor amargo estimula o V Par Craniano e aumenta o estímulo oral, melhorando a deglutição – adicionar ácido cítrico, etc...)
- **Mudança no volume;**
(a ingestão de um volume maior aumenta a percepção do bolo alimentar na cavidade oral, permitindo uma deglutição mais rápida ao aumentar a estimulação sensitiva.)
- **Alteração da temperatura;**
(a aplicação de frio na cavidade oral aumenta o estímulo sensitivo na área a partir da qual o reflexo de deglutição é desencadeado – uma colher fria na língua quando a comida é administrada, caso exista atraso na deglutição.)
- **Administração de bebidas gaseificadas;**
(o reflexo de deglutição é ativado pelas moléculas de ácido carbónico, que estimulam os recetores da boca.

(Gultart, 2002, in Ribeiro, 2021) 13

Técnicas Posturais



- **Flexão Cervical;**
(proteger via aérea, favorecer a progressão do bolo alimentar, evitar acumulação de alimentos, etc.)
- **Extensão e hiperextensão cervical;**
(conduzir os alimentos pela ação da gravidade .)
- **Rotação cervical para o lado afetado;**
(promove um melhor deslizamento do bolo alimentar, promove o encerramento da faringe do lado para o qual a cabeça está rodada .)
- **Flexão cervical para o lado não comprometido;**
(conduz o bolo alimentar para o lado não afetado em doentes com disartria ou com hemiparesia da língua .)
- **Decúbito lateral para o lado não afetado (elevação da cabeceira superior a 30°).**
(promove a mobilização eficaz dos alimentos, evitando o desvio para as vias aéreas).

(Gultart, 2002, in Ribeiro, 2021) 12

Mudanças Voluntárias da Deglutição

- **Manobra de Masako;**

(puxar a base da língua para a frente, prender a língua entre os dentes e deglutir. Melhora a força dos músculos glossofaringeos e aumenta a sua contração, exercitando a mobilidade da faringe.)

- **Deglutições múltiplas/Manobra de Dupla deglutição;**

(realizar uma dupla deglutição. Previne a permanência de resíduos na cavidade oral, aumentando a força de contração muscular no processo de deglutição, conferindo proteção da via aérea.)

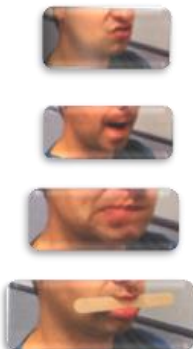
(Gultart, 2002 e NFOSD, 2013, in Ribeiro, 2021)

15

Exercícios de Amplitude de Movimento e Fortalecimento Muscular

Lábios

- Protrair;
- Retrair;
- Lateralizar;
- Assobiar;
- "Dar beijinhos";
- Sucção;
- Segurar uma espátula entre os lábios.



Língua

- Protrair;
- Retrair;
- Tubular a língua;
- Empurrar a língua contra uma espátula alguns segundos;
- Gargarejar ou bocejar;
- Pressionar as bochechas com a língua;
- Produzir sons tipo 'K' ou 'G'.



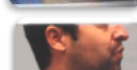
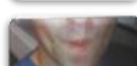
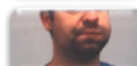
(Gultart, 2002, in Ribeiro, 2021)

16

Exercícios de Amplitude de Movimento e Fortalecimento Muscular

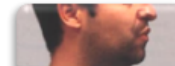
Mandíbula e Bochechas

- Abrir a boca (o máximo possível);
- Movimentos circulares.
- Insuflar bilateralmente;
- Insuflar unilateralmente;
- Movimentos de sucção;
- Soprar.



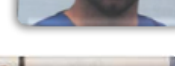
Úvula e Palato Mole

- Bocejar;
- Gargarejar.
- Soprar;
- Sugar.



Laringe

- Voz de falsete;
- Exercício de Shaker.



(Guitart, 2002, in Ribeiro, 2021)

17

Alterações na Dieta

- Uma consistência mais espessa melhora o *timing* entre fase oral e a fase faríngea;
- Um bolo alimentar mais coeso pode diminuir a aspiração;
- O Líquido fino melhora a *clearance* faríngea;
- A consistência mel parece ser mais eficaz na prevenção da aspiração, em comparação com as consistências néctar e pudim.



(Braga, R., 2022)

18

Cuidados Transversais

- Ter atenção ao estado de consciência da pessoa ;
- Colocar os alimentos no seu campo visual;
- Evitar distrações (ambiente calmo, privacidade);
- Dar tempo para a alimentação (mais tempo...);
- Instruir a pessoa a pensar em todo o processo ;
- Atenção aos alimentos de consistências mistas;
- Precaução no uso de palhinhas;
- Preferencialmente ter copos meio cheios/mais cheios;

- Monitorizar sinais de aspiração a cada administração;
- Nunca deixara pessoa sozinha;
- Manter a cabeceira elevada 30-45min após a refeição;
- Verificar se fica com resíduos de comida na cavidade oral;
- Realizar uma higiene oral rigorosa ;
- Evitar decúbito dorsal, sem elevação da cabeceira, em pessoas com disfagia para líquidos.

(Braga, R, 2022)

19

Referências Bibliográficas

- Braga, R. (2022) – Slides das aulas de Enfermagem de Reabilitação II: Anatomia e fisiologia da deglutição/Avaliação da deglutição, ESEL, Lisboa, 2022;
- Direção Geral da Saúde (2010) – AVC: itinerários clínicos, em Menoita, E., *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*, Lusociência, Odivelas, Janeiro, 2014;
- Faria, M. (1998) – Disfagia no doente com acidente vascular cerebral, em Menoita, E.(2014), *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*, Lusociência, Odivelas, Janeiro, 2014;
- Fonseca, L. (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>;
- Leal, F. (2001) – Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral, em Menoita, E. (2014), *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*, Lusociência, Odivelas, Janeiro, 2014;
- Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., Galante, S. (2021) – Programa para a Reeducação da função alimentação, em Ribeiro, O., *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*, 1ª edição, Lidel, Lisboa, Setembro, 2021;
- Ordem dos Enfermeiros (2016) – *Instrumentos de Recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*, 2016.

21

REEDUCAÇÃO DA FUNÇÃO ALIMENTAÇÃO
- DA DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA À REEDUCAÇÃO DA
FUNÇÃO ALIMENTAÇÃO -

21 de Novembro de 2022

Enf.ª Nautília Caleço

Enf. Orientador: Enf.º Especialista em Enfermagem de Reabilitação XXXXXXXXXX

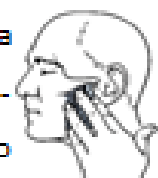
Prof. Orientador: Prof. Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

Trabalho realizado pela estudante Nautília Vicência Cardoso Caleço, no âmbito do 13º Curso de Mestrado na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no serviço de XXXXXXXXXX-XXXXXXX, orientado pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação XXXXXX e pelo docente Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga.

Apêndice V: Folheto informativo para cuidadores:
Dificuldade em engolir

Cuidados a ter nas refeições

- Usar espessante, pó com ou sem sabor, que permite engrossar os líquidos (se recomendado);
- Não ter pressa, deixar mastigar bem os alimentos;
- Se necessário, ajudar na mastigação, realizando movimentos circulares com a mão nas bochechas;
- Ver se engoliu todos os alimentos que colocou na boca e se não tem restos de alimentos antes de uma 'nova garfada';
- Lavar bem os dentes e a boca, após as refeições.



Atenção! Antes das refeições deve garantir que as próteses dentárias estão ajustadas!



Estimulação Sensorial

Para ajudar a engolir os alimentos e melhorar a deglutição pode:

Alterar o sabor, utilizando sabores mais cítricos, como por exemplo o limão ou a laranja;

Alterar o volume, ou seja, aumentar a quantidade de alimentos na boca, para promover a sensação de 'boca cheia';

Alterar a temperatura, utilizando por exemplo talheres mais frescos.

Cuide de si e dos Seus

Em caso de dúvidas contate a sua Equipa de Saúde.

ADDER Nautília Calejo

Deglutição Comprometida

Dificuldade em engolir os alimentos...

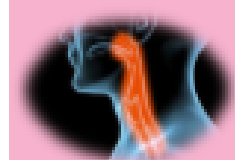


Um guia para si, que é cuidador...

Deglutir/Engolir alimentos

O processo normal de engolir, chamado deglutição, é um ato natural, dinâmico, complexo, automático e essencial à vida.

Quando engolir se torna difícil, surge o nome de Disfagia.



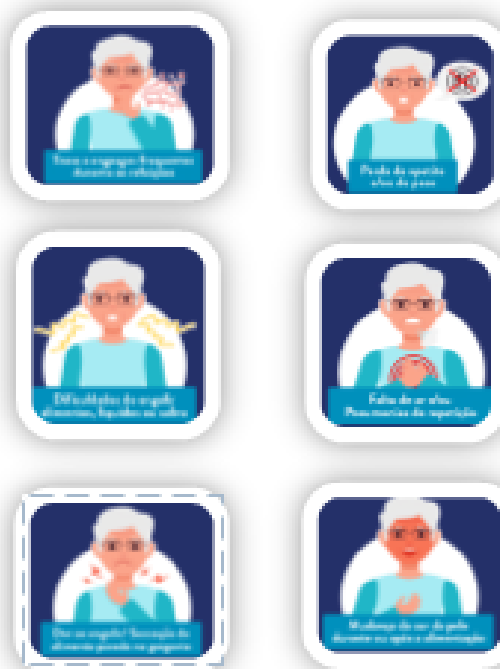
(Resende et al, 2005)

Causas/Fatores de risco

- Doenças Neurológicas, como por exemplo, o AVC, o Traumatismo Craniano, a Doença de Alzheimer, entre outras;
- Alterações na boca e/ou face, causadas por infecções, traumatismo, tumores, cirurgias.

(ASHA, 2020; Branco, & Pontêira, 2017).

Sinais de Disfagia



Complicações

- Desidratação e Desnutrição;
- Pneumonias por aspiração de alimentos para o pulmão;
- Asfixia e/ou morte;
- Isolamento social;
- Sobrecarga do cuidador.

(ASHA, 2020)

Cuidados a ter nas refeições

Existem pequenas coisas que pode alterar nas refeições, para ajudar a engolir (deglutição):

- Fazer as refeições num local calmo e tranquilo;
- Evitar distrações (TV, p.ex);
- Sentar bem a pessoa, que deve estar direita na cadeira de refeição;
- Colocar os alimentos em frente à pessoa, de forma a que os veja;
- Dar os alimentos adequados à situação (líquidos, semissólidos e sólidos);



Atenção, não misturar alimentos de diferentes consistências!!!

(Guitart, 2000, in Ribeiro, 2021)

Trabalho realizado pela estudante Nautília Vicência Cardoso Caleço, no âmbito do 13º Curso de Mestrado na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no serviço de XXXXXXXXXX-XXXXXXX, orientado pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação XXXXXX e pelo docente Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga.