



II CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO CUIDAR DA PESSOA COM LESÃO VÉRTEBRO MEDULAR E FAMÍLIA LIA

Carla Mafalda Da Silva Pinto Menino

2012

Formatada: Centrado, Avanço: Esquerda: 0 cm, Direita: 0 cm, Espaço Depois: 0 pt

Formatada: Limite: Superior: (Sem limites)



II CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO CUIDAR DA PESSOA COM LESÃO VÉRTEBRO MEDULAR E FAMÍLIA

Carla Mafalda Da Silva Pinto Menino

Relatório de Estágio orientado por:

Professor Joaquim Paulo Oliveira (Orientador)

Assinada: Limite: Superior: (Sem limites)

2012

Formatada: Limite: Superior: (Sem limites)

“A finalidade da reabilitação inscreve-se na complexidade do ser humano e no que há de aleatório na vida de todas as pessoas. Esta finalidade só pode ser atingida através de um projecto de cuidados realista e de conjunto. Pressupõe que mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de melhorá-lo e ajustá-lo às situações. Este olhar, que ultrapassa aquilo que os olhos podem ver, demonstra o interesse real pela pessoa do outro.”

WALTER HESBEEN (2001)

AGRADECIMENTOS

Ao professor Joaquim Paulo pelos esclarecimentos que oportunamente efectuou;

À Enfermeira Especialista Estela Varanda por toda a sua colaboração e disponibilidade durante todo o estágio, que foi fundamental para o atingir dos objectivos propostos e a aquisição de competências especializadas;

À Enfermeira-Chefe Leonor Monteiro e todos os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação do Serviço de Neurocirurgia, por todo o apoio e disponibilidade prestados;

Aos meus amigos pelo carinho e incentivo;

Ao Constantino, às minhas filhas (Mariana, Mafalda e Margarida) e à minha avó, pelo apoio, carinho, compreensão, partilha e acompanhamento permanente durante todo este trajecto.

RESUMO

No âmbito do segundo mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi elaborado este Relatório de Estágio que contempla todo o processo metodológico e de aprendizagem, que norteou as actividades desenvolvidas durante a prática sustentada nas competências específicas na área de reabilitação. A última parte é dirigida para questões éticas e emergentes. A execução deste documento está direccionada para aquisição de competências relacionadas com o cuidar da pessoa com lesão vertebro medular, [famíliaFamília](#) e o papel do enfermeiro de reabilitação neste cuidar. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação tem de ir ao encontro do estabelecimento de objectivos conjuntos e de uma actuação precoce. Esta intervenção visa corrigir, conservar, melhorar ou recuperar capacidades, evitando sequelas e complicações inerentes à situação clínica e imobilidade, promovendo assim uma maior independência e concludentemente uma reintegração social, com redução dos dias de internamento.

A aplicação dos benefícios do avanço tecnológico permite a evolução das práticas de enfermagem que são convertidas em competências aplicadas a cada sujeito único que é alvo dos cuidados prestados.

O desenvolvimento das competências preconizadas enquadrou-se no segundo ciclo de estudos de acordo com o Processo de Bolonha e no regulamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros.

Para fundamentar as intervenções de enfermagem no desenvolvimento deste trabalho, escolhi Virgínia Henderson (Enfermeira de Reabilitação), como referencial teórico.

A elaboração deste relatório permitiu-me reflectir sobre a prática da reabilitação, prática esta que vai para além da técnica, centrando-se em qualidades humanas.

Tendo em vista os objectivos preconizados na fase de Projecto considero ter adquirido de uma forma bastante satisfatória competências específicas e qualificadas de Enfermagem na área de Especialização de Reabilitação.

Palavras-chave: lesão vertebro medular, [famíliaFamília](#), enfermeiro de reabilitação

ABSTRACT

This stage's report was conceived within the second Master's course on Nursing, in the area of Specialization of Rehabilitation at Lisbon Nursing College (LNC). The report contemplates the methodological and learning process that supported all the activities that were developed during the experimental practices and the specific competences that were achieved in the field of rehabilitation. The last part of the report deals with emerging ethical issues. This document deals with the acquisition of competences involving the patient's spinal cord injury, his family and the role of the nurse in the healing process. The report shows that the Specialist Rehabilitation Nurse must meet a set of goals in order to act at an earlier stage of the problem. This intervention aims to correct, conserve, improve or recover capacities, and avoid sequels and complications due to the clinic situation and immobility, thus promoting a greater Independence and eventually leading to social reintegration, with a further reduction of internment days.

The application of benefits due to technological developments allows the evolution of nursing practices which lead to competences that are applied to each subject that receives nursing cares.

The development of competences was conceived within the second cycle practices according to Bologna's Process and the regulation of common and specific competences of the Specialist Rehabilitation Nurse defined by the Nurse's Order.

In order to substantiate the nursing interventions, I have chosen Virgínia Henderson (Rehabilitation Nurse), as theoretical background.

The elaboration of this report allowed me to ponder on the rehabilitation's practice, which deals with other practices than the mere technical ones, namely the focus on the human dimension.

Having in mind the set of goals defined at the outset of this Project, I must conclude that I have achieved the necessary competences, both specific and qualified, for a Nurse in Rehabilitation Specialization field.

Key-words: spinal cord Injury, family, rehabilitation nurse

INDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1 FINALIDADE E PROCESSOS.....	16
1.1 Objectivos e Metodologia.....	16
1.2 Local de Estágio: Escolha, fundamentação e caracterização.....	18
2 QUADRO CONCEPTUAL.....	24
2.1 Quadro conceptual de enfermagem.....	24
2.2 Enquadramento Teórico.....	26
3 DESCRIÇÃO DO TRABALHO DESENVOLVIDO.....	34
3.1 Enquadramento situacional.....	34
3.2 Actividades desenvolvidas.....	35
4 QUESTÕES ÉTICAS.....	56
5 QUESTÕES EMERGENTES.....	58
6 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	70
ANEXO I – Tabela de esperança de vida consoante a idade e a localização da lesão	
ANEXO II – Descrição e análise do cargo de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Neurocirurgia	
ANEXO III – Folha de monitorização de Altas do Serviço de Neurocirurgia	
ANEXO IV – Escalas	
ANEXO V – Estudo Ventilatório	
ANEXO VI – Certificados de frequência de formação	
ANEXO VII – Avaliação da qualitativa de estágio	
APÊNDICES.....	110
APÊNDICE I – Cronograma de estágio	
APÊNDICE II – Fundamentação teórica complementar	
APÊNDICE III – Estudo de caso	
APÊNDICE IV - Panfleto	
APÊNDICE V – Jornal crítico de Aprendizagem	
APÊNDICE VI – Trabalho sobre a MIF (Item transferência, subdivisões percentuais de tarefas)	
APÊNDICE VII – Planos de Cuidados	

Lista de abreviatura e/ou siglas

<u>AANN</u>	<u>American Association of Neuroscience Nurses</u>
<u>APER</u>	<u>Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação</u>
<u>ARN</u>	<u>Association of Rehabilitation Nurses</u>
<u>ASIA</u>	<u>American Spinal Injury Association</u>
<u>AVC</u>	<u>Acidente Vascular Cerebral</u>
<u>AVDs</u>	<u>Atividade de Vida Diária</u>
<u>ESEL</u>	<u>Escola Superior de Enfermagem de Lisboa</u>
<u>LOE</u>	<u>Lesão Ocupante de Espaço</u>
<u>LVM</u>	<u>Lesões Vertebro Medulares</u>
<u>NSCISC</u>	<u>National Spinal Cord Injury Statistical Center</u>
<u>OE</u>	<u>Ordem dos Enfermeiros</u>
<u>OSERS</u>	<u>Office of Special Education and Rehabilitative Services</u>
<u>SNA</u>	<u>Sistema Nervoso Autónomo</u>
<u>SNC</u>	<u>Sistema Nervoso Central</u>
<u>SNP</u>	<u>Sistema Nervoso Periférico</u>
<u>SUG</u>	<u>Serviço de Urgência Geral</u>
<u>TAC</u>	<u>Tomografia axial Computorizada</u>
<u>TCE</u>	<u>Traumatismo Craneoencefálico</u>
<u>NIDRRTCE</u>	<u>National Institute on Disability and Rehabilitation Research</u>
<u>AANN</u>	<u>American Association of Neuroscience Nurses</u>
<u>APER</u>	<u>Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação</u>
<u>ARN</u>	<u>Association of Rehabilitation Nurses</u>
<u>ASIA</u>	<u>American Spinal Injury Association</u>
<u>AVC</u>	<u>Acidente Vascular Cerebral</u>
<u>AVDs</u>	<u>Actividade de Vida Diária</u>
<u>ESEL</u>	<u>Escola Superior de Enfermagem de Lisboa</u>
<u>INR</u>	<u>Instituto Nacional de Reabilitação</u>
<u>LOE</u>	<u>Lesão Ocupante de Espaço</u>

<u>LVM</u>	<u>Lesões Vertebro Medulares</u>
<u>MIF</u>	<u>Medida de Independência Funcional</u>
<u>NIDRR</u>	<u>National Institute on Disability and Rehabilitation Research</u>
<u>NSCISC</u>	<u>National Spinal Cord Injury Statistical Center</u>
<u>OE</u>	<u>Ordem dos Enfermeiros</u>
<u>OSERS</u>	<u>Office of Special Education and Rehabilitative Services</u>
<u>SNA</u>	<u>Sistema Nervoso Autónomo</u>
<u>SNC</u>	<u>Sistema Nervoso Central</u>
<u>SNP</u>	<u>Sistema Nervoso Periférico</u>
<u>SUG</u>	<u>Serviço de Urgência Geral</u>
<u>TAC</u>	<u>Tomografia axial Computorizada</u>
<u>TCE</u>	<u>Traumatismo Craneoencefálico</u>

AANN	American Association of Neuroscience Nurses
APER	Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação
ARN	Association of Rehabilitation Nurses
ASIA	American Spinal Injury Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVDs	Atividade de Vida Diária
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
LOE	Lesão Ocupante de Espaço
LVM	Lesões Vertebro Medulares
NSCISC	National Spinal Cord Injury Statistical Center
OE	Ordem dos Enfermeiros
OSERS	Office of Special Education and Rehabilitative Services
SNA	Sistema Nervoso Autónomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SUG	Serviço de Urgência Geral
TAC	Tomografia axial Computorizada
TCE	Traumatismo Craneoencefálico
NIDRR	National Institute on Disability and Rehabilitation Research

Formatada: Espaço Depois: 0 pt

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico da medicina e da investigação vai de encontro a diagnósticos precoces e a novas terapêuticas que intervêm directamente com a esperança de vida.

A enfermagem continua a evoluir através de conhecimentos técnico-científicos associados aos paradigmas e teorias de enfermagem, baseando as suas práticas nas evidências, onde a arte do cuidar é traduzida em competências certificadas que são dirigidas àquela pessoa singular, através de uma abordagem holística e ao longo do seu ciclo de vida, inserida numa [família](#) [Família](#), comunidade e Sociedade. Segundo Collière (1999,p. 235), “para compreender a natureza dos cuidados de enfermagem temos, pois, que os situar no único contexto que lhes dá todo o seu sentido, a sua real significação: o contexto de VIDA ...”

A escolha da área desenvolvida recaiu sobre a pessoa com Lesão Vertebral Medular (LVM), visto trabalhar num Serviço de Urgência e as Lesões Vertebrais Medulares serem patologias comuns, principalmente por traumatismos. Segundo o *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com traumatismo Vertebral-medular* da OE (2009), existem três grandes áreas de intervenção ao politraumatizado (pré-Hospitalar, Serviço de Urgência e Unidade de Internamento-fase de sequelas). A minha realidade profissional enquadra-se na segunda e terceira áreas de intervenção. Dado ser prática comum e porque o Serviço de Neurocirurgia não consegue dar resposta em termos de vagas ao serviço de urgência, as pessoas permanecem mais tempo que o previsto no Serviço de Urgência Geral (SUG) até que possam ser transferidas, tornando-se uma preocupação iminente a intervenção precoce, mesmo porque reabilitar implica prevenir. A intervenção precoce de forma a minimizar os danos e potenciar o que ainda resta é o caminho. O Serviço de Urgência, como a palavra indica, devia ser só para situações urgentes o que não acontece a maior parte das vezes. É imperativo intervir na área de Reabilitação atempadamente porque muitas dessas pessoas são transferidas já com algum grau de espasticidade, o que dificulta o trabalho dos Enfermeiros de Reabilitação que as vão receber, influenciando desta forma, todo o processo de Reabilitação da própria pessoa com lesão. Por outro lado em termos epidemiológicos e segundo o estudo de Carvalho *et al* (1996), os lesados medulares considerando todas as etiologias, têm uma incidência mal definida e elevada. Os lesados por traumatismos Vertebrais Medulares têm uma incidência de cerca 15-20/milhão/ano na Europa e

em Portugal ocorrem cerca de 150-200 novos casos por ano, não sendo considerados para efeitos estatísticos, quando se morre durante o acidente. Segundo o estudo realizado nos Estados Unidos por NSCISC (2011), a maioria dos lesados são homens. As principais causas são por acidentes de viação, seguido de quedas e ocorrem principalmente em jovens entre os 16 e os 30 anos, no entanto, a média de idades tem aumentado ao longo dos últimos anos. Neste estudo verificou-se ainda que a esperança de vida diminui com o aumento da idade da pessoa e com a localização da lesão, quanto mais ~~alta~~ for a lesão menor esperança de vida (Anexo I). Como refere Martins & et al (1999), a letalidade é muito elevada durante a primeira semana, atingindo o seu máximo nas primeiras 24 horas. Segundo o *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com traumatismo Vertebro Medular* da OE (2009), quinze a vinte por cento das fracturas dão lesões medulares; dois terços das lesões são cervicais e as vértebras mais envolvidas são C5 a C7 e T12 e L2. A esperança de vida das pessoas com LVM vai continuar a aumentar. No passado, a primeira causa de morte era a falência renal mas dada a evolução da urologia, hoje essa situação já não se verifica, sendo as principais causas de morte as pneumonias, embolias pulmonares e septicemias.

Partindo desta realidade, fundamento a minha motivação para desenvolver conhecimentos e adquirir novas competências, na área da reabilitação, “o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (...)” (OE, Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, 2010,p.2). De acordo com as competências do segundo ciclo de estudos do Processo de Bolonha e com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, defini o meu percurso de aprendizagem relacionado com a pessoa com LVM e sua ~~família~~Família, no sentido de melhorar os cuidados prestados a esta pessoa, tendo em conta a sua especificidade e singularidade, envolvendo os potenciais cuidadores na arte do cuidar. Segundo Hesbeen (2010, p. 115), “a formação dos profissionais de reabilitação não poderia ser muito diferente da que é necessária a quem pretenda exercer uma profissão de saúde” (...) “todo e qualquer processo de Formação na área da prática de cuidados, tem como finalidade ajudar os profissionais ou futuros profissionais a tornarem-se cada vez mais capazes de pensar a acção na perspectiva do cuidar, respeitando os seus percursos pessoais.”

A Reabilitação é um processo global e dinâmico, que consegue corrigir, conservar, melhorar ou recuperar capacidades funcionais de forma a harmonizar o funcionamento Físico, mental e espiritual da pessoa, baseada numa actuação precoce tendo em conta os objectivos da própria pessoa e sua reintegração social. A OE, no Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, refere que a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência tendo como objectivos gerais: melhorar a função, promover a independência e maximizar a satisfação da pessoa preservando deste modo a sua auto-estima. É um processo desenvolvido em várias fases, multi e interdisciplinar, levando em conta as metas para a reabilitação da pessoa com LVM que foram estabelecidas entre a equipa de reabilitação, o utente e ~~família~~Família/pessoa significativa. A OE também refere que:

“o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza Planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”. (OE,RCEEER, 2010, p.1)

Novas situações emergem e exigem adequações de cuidados para dar respostas às mesmas, tornando-se imprescindível, desenvolver novas competências técnicas, científicas e humanas, tendo em conta a individualização dos cuidados prestados àque-la pessoa/~~família~~Família/sociedade. Em resposta a essas novas situações, a formação contínua e especializada, fornece os recursos tendo estes como meta final a excelência dos cuidados. Partindo o meu percurso destes pressupostos, movendo e aprofundando conhecimentos, habilidades sustentadas na prática reflexiva e nas actividades desenvolvidas durante o Estágio, sustento a aquisição de novas aprendizagens e competências e fundamento o tema escolhido: “O papel do Enfermeiro de Reabilitação no Cuidar da Pessoa com Lesão Vertebral Medular e ~~Família~~Família.” A problemática escolhida vai de encontro à aquisição de competências especializadas direccionadas à pessoa com LVM e ~~Família~~Família, contribuindo desta forma para um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestadas às mesmas. Este relatório está realizado de forma a conseguir transmitir o percurso realizado e assim após esta introdução, irei apresentar os objectivos, metodologia e escolha; Fundamentação e caracterização do

local de Estágio; Quadro conceptual de Enfermagem e Enquadramento teórico; Descrição do trabalho desenvolvido; Questões Éticas; Questões Emergentes e Conclusão.

Este trabalho foi desenvolvido segundo o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos e Citações que segue as disposições e critérios normativos da Norma Portuguesa (NP 405-1, 2, 3 e 4), emanadas pelo Instituto Português da Qualidade e a ISO 690. A disposição e a referenciação bibliográfica seguiram as normas da APA (Quinta edição).

1 FINALIDADE E PROCESSOS

É fundamental a adequação de um plano de trabalho tendo em conta os objectivos definidos e trajectória para os concretizar. Neste contexto é necessário definir um local de estágio que permita desenvolver as actividades planeadas e adquirir e potenciar as competências inerentes às práticas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

1.1 Objectivos e Metodologia

De acordo com a problemática levantada e tendo em conta o conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, baseado nas competências adquiridas e na experiência já existente, objectivo como meta final a excelência dos cuidados de enfermagem especializados, ajustados aquela pessoa que é Pessoa Única e Singular. Assim e tendo em conta, as competências do segundo ciclo / Bolonha, do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e o meu interesse pessoal em novas aprendizagens, defini como objectivo geral:

- Desenvolver competências como Enfermeira Especialista na área da Reabilitação enquadradas no segundo Ciclo de estudos de Bolonha.

Já no que concerne aos objectivos específicos, centrados nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, estabeleço os seguintes:

- Analisar a dinâmica organo-funcional, metodologia de trabalho da equipa de Enfermagem e sua prestação de cuidados no Serviço de Neurocirurgia do Hospital.
- Prestar Cuidados de Enfermagem globais como Enfermeira Especialista de Reabilitação à pessoa com Lesão Vertebral Medular/~~família~~Família, utilizando metodologia científica, tendo em conta o processo de Enfermagem.
- Preparar a pessoa com LVM e ~~família~~Família/pessoa significativa, para a ~~Alta~~Alta tendo em vista a sua qualidade de vida e reintegração social.
- Elaborar um plano de treino para as AVD(s) minimizando incapacidades, potencializando a autonomia aos doentes com LVM no Serviço de Neurocirurgia.
- Identificar os recursos existentes na comunidade, na área da intervenção do Hospital e sua articulação com o serviço de neurocirurgia.

- Analisar a intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na articulação com os recursos da comunidade.

- Analisar a prática através dos conhecimentos e das experiências adquiridas tendo como finalidade a tomada de decisão.

A definição de estratégias e avaliação contínua de todo o programa de reabilitação de forma a objectivar a minha intervenção perante os objectivos definidos, foi a minha preocupação constante. A planificação, execução e avaliação dos cuidados prestados, tendo em vista as capacidades funcionais e uma maior independência possível da pessoa com LVM e sua [FamíliaFamília](#), com o recurso à aplicação de escalas e adesão do regime terapêutico demonstrado pelo ensino, instrução e treino manifestados, permitiu-me mensurar essas intervenções realizando o estabelecimento das mesmas fundamentadas e priorizadas. A reavaliação daquela pessoa/ [famíliaFamília](#) e as intervenções diagnósticas possibilitaram-me realizar a medição de resultados, analisando, avaliando e reflectindo sobre todas as intervenções efectuadas, tendo em mente que em qualquer momento as poderei replanificar e reajustar às necessidades daquela pessoa e [famíliaFamília](#) únicas.

A linha estruturada de pensamento orientou o meu projecto pessoal para o Estágio e constituiu a primeira etapa deste projecto. A aprendizagem e aquisição de competências durante este Estágio foram baseadas na projecção mental de todo o percurso que termina com a execução deste Relatório. Este percurso foi acompanhado por novas aprendizagens e competências, produzindo um saber baseando a prática na evidência permitindo desta forma a tomada de decisão.

Para o desencadear de todo um processo no sentido de conseguir avaliar a concretização dos objectivos definidos realizei uma pesquisa actualizada e com evidência científica que me sustentou a temática escolhida e seleccionei um local de estágio que pudesse constituir um campo de desenvolvimento de Competências Especializadas de Reabilitação à Pessoa com LVM e [FamíliaFamília](#). Neste sentido e para poder fundamentar esta temática que envolve a pessoa com Lesão Vertebral Medular/[FamíliaFamília](#) e o papel no enfermeiro de Reabilitação, realizei uma pesquisa bibliográfica efectuada nas bases de dados EBSCO (CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text); SciELO, PubMed utilizando como palavras-chave: **spinal cord injury, care, nursing, respiratory problems, rehabilitation care, rehabilitation, rehabilitation nurse, caregivers, family, Lesiones de la médula espinal**. Estas foram escolhi-

das porque as considero nucleares para a temática em causa e através das quais, consigo reconstruir o modo como tem sido abordada e tratada tanto a temática como o papel que o enfermeiro de reabilitação desempenha nesta abordagem. Os critérios de selecção envolveram artigos actuais relevantes e com evidência científica e como este trabalho não tem como objectivo a realização de uma de revisão sistemática da literatura; considerei apenas a informação relevante para enriquecimento do enquadramento deste Relatório, acrescentando também a utilidade da minha pesquisa na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pólo Artur Ravara e a procura de outros recursos tais como informação actualizada em *guidelines* e orientação de boas práticas em *sites* de organismos oficiais, tais como: OE, [INR](#), [OSERS](#), [NIDRR](#), [NSCISC](#), [NIDRRICE](#); associações tais como: APER, AANN, ARN, ASIA e em *sites* institucionais.

Para nortear e fundamentar as minhas intervenções de enfermagem no desenvolvimento deste trabalho, escolhi Virgínia Henderson (Enfermeira de Reabilitação) para referencial teórico de Enfermagem (Teoria dos Sistemas). Utilizei esta teórica para o levantamento de diagnósticos na execução dos Planos de Cuidados concebidos e aplicados e adequiei-os à pessoa/[Família](#) com LVM, desde a instabilidade respiratória ao treino das AVD(s), tendo como preocupação constante a [Alta](#) Hospitalar e a Reinserção Social.

Realizei entre outros trabalhos um estudo de caso apresentado sob a forma de Apresentação Digital e elaborei diversos Planos de Cuidados ao longo do período de Estágio, esta exposição teve como alvo os Enfermeiros de Reabilitação do Serviço. Por outro lado, elaborei Jornais de Aprendizagem que constituíram uma mais-valia, uma vez que me permitiram potencializar o meu pensamento reflexivo sobre as minhas intervenções, fazendo a aplicação do meu saber, enquadrando assim a minha aprendizagem no processo de Reflexão permanente.

1.2 Local de Estágio: Escolha, fundamentação e caracterização

A realidade existente no Hospital onde exerço funções é a de um subdimensionamento de camas Hospitalares disponíveis para a população alvo. Assim, por vezes, o número de camas disponíveis no Serviço de Neurocirurgia não é suficiente, ficando as pessoas com LVM a aguardar vaga no SUG.

É com base nesta realidade que fundamento a minha escolha: Eu, futura Enfermeira Especialista em Reabilitação, trabalhando no SUG, sabendo que uma reanimação pode agravar o prognóstico da reabilitação, como posso actuar de forma a conseguir intervir precocemente, minorando as incapacidades, potenciando capacidades e prevenindo complicações? Tendo em conta que uma actuação precoce pode potenciar o sucesso da reabilitação, é importante iniciar este mesmo processo logo que possível, considerando o grau da lesão e o potencial da pessoa, “ (...) a reabilitação toca em todos os aspectos dos cuidados de enfermagem (...) o programa global deve ser iniciado aquando do início da doença. Em nenhum momento a enfermeira deve perder de vista a importância de ajudar o doente a manter e recuperar a independência das suas funções corporais.” (Henderson, 2007, p. 62). Segundo um estudo realizado por Andrade *et al* (2007), existe uma correlação significativa nas melhorias verificadas em doentes com LVM, com a intervenção de programas intensivos e individualizados numa fase precoce.

Preconizei então realizar um Estágio onde conseguisse adquirir, desenvolver e aplicar competências como Enfermeira Especialista de Reabilitação relacionadas com a pessoa com LVM e onde pudesse prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação de excelência. Em consequência do que foi referido anteriormente, optei pelo Serviço de Neurocirurgia do Hospital onde exerço funções. Esta escolha também foi potenciada porque este Serviço possui um número elevado de internamentos de pessoas com LVM, constituindo este local um contributo para a aquisição e desenvolvimento das minhas competências de especialista na área da reabilitação, permitindo-me ainda actuar nas duas grandes áreas da Enfermagem de Reabilitação, motora e respiratória tendo sempre em mente quais os objectivos definidos para o Estágio e como dar resposta aos mesmos.

O Hospital onde realizei Estágio abrange uma população de 382 000 habitantes, contudo para determinadas valências como, por exemplo, patologias neurocirúrgicas a sua área de influência é mais abrangente, constituindo assim Hospital de referência para mais cerca de 780 mil habitantes, cobrindo assim uma região de elevada densidade populacional.

O Serviço de Neurocirurgia situa-se no sexto piso deste Hospital sendo composto por Unidade de Cuidados Intensivos (quatro camas); Unidade de Cuidados Intermédios (quatro camas) e Enfermaria (quinze camas). Mesmo possuindo esta lotação, o Serviço

Formatada: Não Realce

não tem capacidade para dar resposta ao elevado número de internamentos, como tal, foi criada a Unidade Cirúrgica Partilhada, que contém camas atribuídas ao Serviço e possui uma equipa própria. Mesmo assim, com esta capacidade acrescida, o Serviço não consegue dar resposta aos utentes neurocirúrgicos internados no Serviço de Urgência.

A equipa de enfermeiros que o constitui o Serviço de Neurocirurgia é muito jovem sendo os elementos mais velhos os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação. A Enfermeira-Chefe do Serviço é também Enfermeira Especialista de Reabilitação o que é muito bom para o Serviço no sentido de fomentar, incentivar, apoiar e desenvolver a prática de enfermagem especializada. O Director do Serviço também constitui uma mais-valia para estas práticas porque o Serviço investe muito na formação e faz estudos de caso comparativos de forma a evidenciar os resultados obtidos, mostrando assim a pertinência da existência desses cuidados e demonstrando a qualidade dos mesmos, sendo estes resultados traduzidos em benefícios para o Serviço.

Na equipa médica, existe sempre um médico Neurocirurgião de Urgência e um médico Intensivista para a Unidade de Cuidados Intensivos, para além de todos os outros membros que a integram.

O serviço possui cinco equipas de enfermagem, cada uma é constituída por sete enfermeiros e uma equipa de coordenação que é constituída por cinco enfermeiros, fazendo a enfermeira chefe e os enfermeiros especialistas parte desta.

A equipa de Enfermagem divide-se pelos três sectores do Serviço da seguinte forma: dois enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos, que tem a lotação de quatro camas; um enfermeiro nos Cuidados Intermédios que tem a lotação de quatro camas; três enfermeiros de manhã na Enfermaria, e dois nos turnos da tarde e noite, com a lotação quinze de camas.

Quanto aos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação, o desejável seria dois no turno da manhã (um ficaria com as Unidades e o outro com a Enfermaria) e um no turno da Tarde, o que nem sempre é possível dado só existirem 3 enfermeiros especialistas em Reabilitação no Serviço (Sem contabilizar a Enfermeira-Chefe). Esta situação implica o estabelecimento de prioridades na prestação dos cuidados especializados.

A colheita de dados, tendo em vista as necessidades individuais de cada um e os seus registos, constituem preocupações permanentes dos Enfermeiros Especialistas.

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

listas de Reabilitação do Serviço. Estes na sua intervenção evidenciam a identificação dos problemas, o planeamento demediante um programa específico de reabilitação e a execução de cuidados mediante uma avaliação cuidada rigorosa e o reajustae da aoe Plano Terapêutico preconizado. constituem também uma criteriosa contemplação. O cuidado constante Ode Enfermeiro Especialista em Reabilitação ocupa um papel de destaque, quer na na orientação da quer da pessoa e a sua famíliaFamília, com introdução da mesma em todo o percurso terapêutico. Oguer na articulação com a restante Equipa Multidisciplinar mediante uma avaliação conjunta, aferindo metas comuns, que estão direccionadas para promover a máxima independência da pessoa, no sentido de tornar a pessoa o mais independente possível nas suas actividades de vida. e Os recursos, encaminhamentos e a preparação para a Alta são outras das preocupações destes profissionais, articulando com a equipa multidisciplinar mediante uma avaliação e a adequação do encaminhamento. Com tal

O Enfermeiro de Reabilitação actua em sintonia com o Enfermeiro Generalista na coordenação da prestação de Cuidados, (como, por exemplo, a gestão dos Cuidados de higiene e conforto com a cinesiterapia, mobilizações e levante). esta articulação também contempla a instrução de cuidados que visem a reabilitação da pessoa.

Os fisioterapeutas chegam ao Serviço após as doze horas, para realizarem o seu trabalho de forma a não haver interferências com a prestação de cuidadoso trabalho dos Enfermeiros de Reabilitação. A relação entre estes profissionais é de cooperação e coordenação tendo em vista a rentabilidade das suas acções, actuando em benefício dos utentes, ou seja, os utentes são normalmente cuidados pelo Enfermeiro de Reabilitação em termos de intervenções técnicas de enfermagem de reabilitação até às doze horas, beneficiando assim as pessoas, assim de uma segunda intervenção. As avaliações dos utentes são "discutidas" entre os profissionais chegando ao consenso, para que as estratégias a serem desenvolvidas os possam beneficiar mais. No estudo realizado por Garrino et al (2011,p.74), chegaram à conclusão que "seria contraproducente exibir os vários componentes diferentes de reabilitação e os diferentes profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados separadamente pois eles fornecem elementos importantes para uma troca contínua, dinâmica e definitiva." A preparação das pessoas para a Alta hospitalar, a identificação de recursos existentes e ajustados às situações individuais e os respectivos encaminhamentos tendo em vista uma reinser-

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

ção social, constituem outras das preocupações destes profissionais Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

É de salientar que o Serviço possui um armário só com material e equipamento de reabilitação, de forma a sustentar as boas práticas, indo de encontro as necessidades de cada pessoa: Bastão; talas Margaret Johnstone; Inspirómetros incentivadores; Kit para avaliação das sensibilidades; luvas de imobilização; cintas de segurança; botas de gel; cinto de transferência; Tábua de Transferência e Almofadas antiescara, também possui Superfícies de trabalho; Cadeiras de Rodas duas delas são de espaldar alto; Cadeiras Higiénicas; Maca banheira e Elevador eléctrico com lonas com e sem apoio cervical e apoios de marcha.

O facto de ter conhecimento, que este Serviço possuía uma equipa experiente com elevados conhecimentos técnico-científicos e pedagógicos em Reabilitação e, que exerciam na sua plenitude esta prestação de cuidados especializados, foi também uma mais-valia para a minha opção. Assim sustentei a minha escolha no facto deste Serviço me poder oferecer, pelas suas características, um elevado número de aprendizagens, para irem de encontro aos objectivos por mim estabelecidos, permitindo-me assim desenvolver capacidades reflexivas relativamente à minha temática, a pessoa com LVM, que é uma pessoa singular, enquadrada numa família com as suas especificidades, integrada numa comunidade e Sociedade, e também me poder oferecer outro grande número de aprendizagens que a Reabilitação alberga.

Assim este campo de estágio possibilitou concretizar o atingir dos objectivos propostos, através primeiramente da observação e da recolha de dados e consequentemente da prestação directa de cuidados, dando especial relevo ao ensino instrução e treino destinados àquela pessoa com LVM e família que são únicas. A exposição do meu Estudo de Caso para os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação constituiu uma mais-valia, pois eu própria tive a perspectiva de todo o trabalho desenvolvido e alcançado com aquela pessoa vítima de LVM, este trabalho permitiu-me também realizar a avaliação de todo um percurso evolutivo, perspectivando o potencial daquela pessoa que foi alvo dos meus Cuidados. Desta partilha com os colegas já especialistas, profissionais com larga experiência nesta área, resultou um envolvimento conjunto na acção do cuidar-cuidar. Com o intuito de dar continuidade aos ensinospitais e a todo o trabalho desenvolvido, elaborei um panfleto informativo que tem como título “Como ajudar o seu familiar paraplégico ou tetraplégico a ser independente “ este

foi executado para dar continuidade a todo trabalho desenvolvido, perpetuando-o para o domicílio. As áreas onde as minhas actividades foram desenvolvidas estão identificadas em Cronograma (APÊNDICE_III), este foi ajustado durante o estágio, tendo em vista o trabalho desenvolvido e a desenvolver. As minhas práticas durante o estágio foram sustentadas em Virginia Henderson e as suas catorze Necessidades Básicas como de seguida vou justificar.

2 QUADRO CONCEPTUAL

Tendo em vista a demonstração do modelo que optei para sustentar as minhas práticas, é de todo fundamental apresentar uma revisão da literatura produzida até ao momento sobre esta questão, debatendo as polémicas e as evidências demonstradas pela investigação, usando rigor científico e respondendo à problemática de base, para tal e num primeiro momento importa desenvolver o quadro de referência de enfermagem.

2.1 Quadro conceptual de enfermagem

Como referencial teórico escolhi Virginia Henderson para fundamentar as minhas intervenções. Virginia Henderson inicia uma corrente centrada na pessoa que é vista como um todo, sendo mais que a soma das suas partes. Assim, o indivíduo é um ser biopsicossocial, espiritual e cultural. A Enfermagem vai adoptar algumas ciências como, por exemplo, a Pedagogia e a Sociologia, para estabelecer uma melhor relação com a pessoa “alvo” dos cuidados.

A maior parte das necessidades em enfermagem estabelecidas pela Virgínia Henderson assentam sobre a Teoria Maslow – pirâmide das Necessidades, sendo o ser humano visto, como sistema aberto, influenciado e influenciando o meio; A Escola das Necessidades (Maslow, Virginia Henderson) enquadra-se na Teoria dos Sistemas (somos um sistema aberto em interacção com o meio em que estamos envolvidos, progredindo esta interacção para o equilíbrio). Esta é orientada para a pessoa, e possui um conjunto de catorze necessidades hierarquizadas, de acordo com o grau de importância, sendo primeiro satisfeitas as necessidades mais prementes.

Importa ter em atenção que Virginia Henderson define 4 conceitos: Conceito de Meio – são os factores externos que actuam de forma positiva ou negativa sobre o Homem ou sobre a saúde; Conceito de Homem – ser biológico, psicológico e social, que tende para a independência na satisfação das suas catorze necessidades fundamentais; Conceito de Saúde – capacidade de funcionar de modo independente em relação às catorze necessidades fundamentais; Conceito de Cuidados de Enfermagem – assistência à pessoa doente ou saudável nas actividades que ela não consegue fazer sozinha por ausência de força, de vontade ou de conhecimento, com o objectivo de

conservar ou de restabelecer a sua independência, na satisfação das suas necessidades fundamentais. Por outro lado, esta autora centra-se nas seguintes conceitos-chave: Integridade; Dependência e independência na satisfação das necessidades; Necessidades fundamentais e necessidades específicas. (Apontamentos da UC Fundamentos de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem da Guarda, s.d.).

Halloran no prefácio do livro de Virginia Henderson *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE* (2007), refere que Henderson moldou uma nova identidade da Enfermagem usando a literatura suportada no conhecimento de Florence Nightingale, porque pa- Para Nightingale, a Enfermagem significava intervenções, (habilidades, procedimentos, tarefas), feitas pelas enfermeiras aos doentes. Este refere também que Virgínia Henderson realizou pela primeira vez trabalhos em enfermagem com uma revisão e análise da literatura profissional baseados na evidência. O autor do prefácio acrescenta ainda que na época de Virginia Henderson A a relação entre as enfermeiras e os doentes começaram a emergir e traduziram-se em extrema importância para “a identificação do que o doente podia fazer, do que sabia fazer, e a vontade que tinha para realizar as actividades que era capaz de fazer” e a As intervenções e habilidades para a enfermagem eram atividades ~~actividades~~ que os doentes “«fariam por si próprios se tivessem a força, vontade ou conhecimento necessários»». Para Halloran a introdução da expressão “«doente ou ~~saudável~~ saudável “usada por Henderson,» alargou o papel das enfermeiras para irem de encontro à prevenção da doença onde *Notes on Nursing* de Nightingale (1860), tiveram um papel de importância extrema na expansão deste ~~conceito~~ conceito. O mesmo autor refere ainda que Henderson, Henderson, acreditava ~~fomentava~~ que ~~que~~ munir as pessoas de um eficiente apoio ~~apoios~~ e ~~de~~ ações ~~acções~~ educativas de enfermagem às populações, salvariam o mundo, o ser humano e a economia de depender da tecnologia, de forma a prevenir as doenças e aperfeiçoar a gestão das doenças crónicas, tendo em vista a recuperação e que a pessoa voltasse a realizar as actividades por si própria, tornando-se o mais independente ~~possível~~ possível. Henderson refere que:

“a ~~A~~ função da própria enfermeira é ajudar o indivíduo, “doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a sua saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível”. (Henderson, 2007, p. 33)

Formatada: Tipo de letra: Não Itálico

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Avanço: Esquerda: 0,75 cm, Primeira linha: 0 cm

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Ainda Henderson (2007), enquadra, n é nesta linha de pensamento que são enquadra os catorze componentes dos cuidados básicos de enfermagem, onde a enfermeira proporciona condições e assistência nas funções das necessidades básicas humanas. O Plano de Cuidados centra-se no assistir ou proporcionar ajuda e é influenciado por vários fatoresfactores, e Este que nunca é definitivo, é contínuo e é destinado para aquela pessoa, necessita de uma avaliação de necessidades do doente, sensibilidade, conhecimento e julgamento, adequando os procedimentos de enfermagem às necessidades individuais. Estas acções requerem um elevado grau de competência, oferecendo desta forma à enfermeira oportunidades ,q Quando a prestação desses cuidados, de ouvir, identificar-se com a pessoa e com a sua famíliaFamília, avaliar as suas necessidades e construir uma relação pessoal, r Henderson (2007), refere ainda, que, indo de encontro ao objectivo da Reabilitação, que a enfermeira deve sempre acompanhar - se da questão central, que é, restaurar a independência do doente se possível, ajudá-lo a viver o melhor possível com as suas limitações insuperáveis, ou aceitar o fim inevitável.

,Foi desta forma e tendo com base nestecomo referencial técnicoteórico de Virginia Henderson que, sustentei a minhaa-minha reflexão sobre as práticas-prática, irei contextualizá-lo realizando referências devidamente pertinentes que à frente, vou contextu aliza no decorrer do trabalho, focando-geom nas actividades por mim desenvolvidas, esclarecendo desta forma como este contribuiue com estas contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências especializadas em Reabilitação.

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

2.2 Enquadramento Teórico

A área temática por mim definida é o cuidar da pessoa com LVM e o papel do Enfermeiro de Reabilitação nesse cuidar. — Dawodu (2011), entende que a lesão vertebro-medular (LVM) é uma agressão para a medula espinal, resultando numa alteração, temporária ou permanente, das funções normais motoras, sensitivas ou autónomas.

Eltorai (2003), refere que Já os egípcios, há 5000 anos, descrevem as primeiras lesões medulares. Hipócrates (séc IV a.c) descreveu um método de tracção mas a solução cirúrgica só foi tentada no século XIX. É sabido hoje que as lesões Vertebro Medulares, nem sempre necessitam de descompressão óssea. Ao longo do tempo

chegou-se à conclusão que para curar não basta descomprimir e que nas primeiras horas a situação pode agravar-se, obrigando a uma vigilância cerrada para prevenir complicações. Actualmente, temos em mente que a morbilidade e a mortalidade têm vindo a baixar existindo um aumento da esperança de vida. Por isso, a preocupação é mais abrangente, focando-se no prognóstico funcional com a devida inserção na comunidade e sociedade. ~~(Eltorai, 2003).~~

Existem múltiplas formas de incapacidade que podem atingir o ser humano, mas a LVM é uma das mais dramáticas. Como refere Amaral (2009, p. 587) “(...) as mudanças e perdas que a lesão medular implica a nível físico, são geradoras de inúmeras dificuldades que se vêm a traduzir nas mais diversas dimensões da existência humana.”. A importância da medula no nosso organismo não se traduz só pela transmissão de impulsos e mensagens do músculo para o encéfalo (sensitivo) e do encéfalo para o músculo (motor), mas como um centro nervoso de controlo de funções vegetativas, miccionais, de erecção, ejaculação, etc. A interrupção da passagem de informação resulta em incapacidades funcionais abaixo da zona lesada com efeitos devastadores, levando a pessoa lesada a entrar no seu longo processo de transição.

A pessoa com lesão vertebro medular (LVM) encaminha-nos para um mundo alargado e de grande complexidade, quer quanto à pessoa em si quer ao seu impacto social. As doenças do sistema nervoso, fazem parte de um grupo que atingem a nossa população, criando grandes situações de dependência com pesadas repercussões sociais e económicas. Estas situações podem ser caóticas não só para a pessoa, como também para as suas ~~família~~Famílias. O impacto familiar pode tornar-se asfixiante, a certeza do incerto: Quem vai ser o cuidador? Que informação necessita para cuidar? Como é que este cuidador vai cuidar? Que dúvidas os atormentam? Quais as ambivalências de sentimentos? Sem falar da parte económico-financeira, como é que estas ~~família~~Famílias vão poder sobreviver? Terão capacidade financeira para adquirir produtos de apoio?

Deste modo, partilho ~~da opinião~~ideia que:-

“~~In~~cluir é fazer parte, inserir, introduzir. A Inclusão é o acto de incluir. A inclusão é a participação na vida social, económica e política; às vezes a inclusão é deficitária, também pelo impacto pessoal das limitações do próprio sujeito, tanto no seio da sua ~~família~~Família

como nas relações pessoais e profissionais, estes alteram a maneira como se vêem a si próprio e perspectivam nos outros a sua imagem.” (s/aA, “A Deficiência”, 2011).

Também para Pereira (2010,p.83) “as relações sociais são mais comprometidas nos pacientes com lesões adquiridas ou por trauma, em relação aos originários de doença congénita.”

Embora ainda existam muitos preconceitos, a sociedade está a aprender a ser compreensiva e solidária. Existe já em muitos países legislação referente a esta temática.

Sá (1992) refere que “a vida de uma pessoa é um entrelaçar da sua história pessoal com o meio social no qual ela vive.” Na altura em que a pessoa com LVM tem altaHospitalar, vai para o domicílio, e enfrenta todo um enredo familiar que está mudado, causando desequilíbrio. O papel que representava quando deixou o seu seio familiar não é o mesmo daquele que vai representar neste novo enquadramento, existe uma fusão de papéis não só da pessoa com LVM, como também do próprio cuidador, como por exemplo, a esposa que assume vários papéis, nomeadamente o de cuidador informal. Esta nova condição pode causar uma reestruturação gigante que é sempre difícil e problemática por implicar alteração e adaptação familiar.

NoFamiliar. No estudo realizado por Abreu & Ramos (2007), é afirmado que quanto maiores são as dificuldades do Cuidador Informal, maior é o impacto físico, emocional e social do mesmo e vice-versa; também quanto maior o grau de dependência do doente, maiores são as dificuldades do cuidador informal em todas as suas dimensões. No mesmo estudo rConcluemeferem que ainda que:

“(…) a sobrecarga que os mesmos mais evidenciaram, tendo a seu cargo um doente com um grau variável de dependência, segue os mesmos medos e receios, que são: As implicações na vida pessoal (...) são fortemente realçadas, com todos os contratempos gerados que daí advêm; Muito embora se sintam bem no papel de cuidadores e com o familiar a seu cargo; De realçar que (...) é subestimada a sobrecarga emocional e as implicações financeiras que surgem.” (Abreu & Ramos, 2007, p.15)

FamíliaFamília abalada, alicerces comprometidos e ameaçados originam várias alterações emocionais. A comunicação é a base da relação. Atitudes de agressividade, ressentimento, fúria e desespero emergem. Como refere Amaral (2009, p.578) “(...) uma lesão medular na circunstância de vida do indivíduo vai implicar uma resposta emocional que inicialmente se traduz por sentimentos particularmente negativos, os quais, de uma forma progressiva são redimensionados, podendo mesmo dar lugar a

Formatada: Tipo de letra: 12 pt, Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt, Não Realce

Formatada: Avanço: Esquerda: 0,75 cm, Primeira linha: 0 cm

Formatada: Tipo de letra: 11 pt, Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt, Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt, Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt, Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra:

sentimentos positivos de gratidão e aceitação(...).” É necessário ter em mente que as pessoas são diferentes e têm diferentes formas de agir; umas ajustam-se, outras redimem-se e outras têm esperança de uma ciência mais desenvolvida, sendo portanto necessário contribuir primeiro para uma reabilitação psicológica e depois física. Às vezes é só necessário um aperto de mão e um sorriso, para contribuir para uma diminuição da ansiedade. Ensinar sem substituir, contribui para uma maior independência tendo como meta a consciencialização com o devido ajustamento à sua nova condição. Esta autora também afirma que o enfermeiro deve ter conhecimento destas emoções, “(...) estabelecendo confiança e atenção positiva, escutando as suas preocupações, auxiliando a reconhecer os seus sentimentos negativos e encorajando-o a expressá-los, oferecendo deste modo apoio nas fases de sofrimento e também nas tomadas de decisão, através da discussão com o indivíduo das suas experiências emocionais.” (Amaral, 2009, p. 578). A integração e participação social implicam, também, a autonomia no autocuidado, fazendo, a área de reeducação esfincteriana, também parte integrante da intervenção do Enfermeiro Especialista, não só pela prevenção de complicações mas também pela reinserção social da própria pessoa com LVM. Segundo

Collière (1999, p.237), ~~salienta~~, o “discernimento da natureza dos cuidados ligados às funções da vida ...- os cuidados quotidianos e habituais: “care¹” ligados às funções de manutenção, de continuidade da vida; - cuidados de reparação “cure²” ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida”. Para ~~operacionalizar~~objectivar uma alta tendo em vista a reinserção social é necessário fazer uma avaliação do indivíduo como um ser único, (avaliação funcional e ambiental), tendo esta que ser realizada pela equipa de multidisciplinar (equipa que executa, orienta, demonstra e supervisiona), actuando também na prevenção de complicações, onde a pessoa é alvo dos cuidados, primeiramente dos “cuidados de reparação” e secundariamente dos “cuidados de manutenção”.

O enfermeiro, cuidador do corpo, tem em mente, um olhar para a dimensão total do ser, procurando assim a sua essência. Segundo o estudo de Garrino *et al* (2011, p.73), “(...) os enfermeiros têm um papel central no cuidado dos pacientes e acompanhando-os através do seu processo de reabilitação, tanto física como emocionalmente.” É

¹ To care cuidar de; tratar de. (Infopedia)

² To cure: curar, tratar, eliminar (um mal) em sentido figurado (Infopedia)

imperativo conhecer as necessidades próprias da pessoa que está ao nosso cuidado, tendo em atenção as suas particularidades, crenças e aos seus problemas, implementando medidas para os minimizar, tendo em conta uma qualidade de vida com dignidade, elevando a sua auto-estima atingindo como meta final a sua independência, minimizando assim as suas incapacidades e maximizando as suas potencialidades. Como refere Amaral (2009,p.578), “a necessidade de suporte evidenciou-se de uma forma particular na área da espiritualidade da pessoa, a qual permitiu olhar para as implicações da lesão, como um caminho a percorrer que oferece uma oportunidade de dar um novo sentido à vida (...)”, com efeito, “Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA ...” (Collière, 1999, p.235).

Segundo Direcção Geral dos Hospitais na Circular Normativa 5/90 DGH de 21 de Fevereiro, a Enfermagem de Reabilitação:

“ (...)a Enfermagem de Reabilitação está essencialmente vocacionada para a aplicação precoce de técnicas de reabilitação específicas com o fim de evitar sequelas e complicações inerentes à situação clínica e imobilidade aproveitando ao máximo as capacidades para o restauro da função e diminuição de incapacidades, contribuindo para uma mais rápida reintegração do doente na família e comunidade e consequente redução dos dias de internamento.” (Direcção geral dos Hospitais DGH, 1990, s/ p.)

A Enfermagem de Reabilitação é também um processo criativo como é afirmado por Stryker (1997), que tem o seu -P. —) afirma que “a Enfermagem de Reabilitação é um processo criativo que começa início nos cuidados preventivos imediatos; (no primeiro estágio de doença ou acidente), continua na fase de recuperação e implica a adaptação de tudo o a pessoas a uma nova vida.” Desta forma, O Enfermeiro de Reabilitação, conhecedor da complexidade das alterações originadas peladas LVM promove o autocuidado, com o intuito da pessoa poder retornar à sua vida familiar, de trabalho, de estudo e actividades recreativas. Pois o Enfermeiro (...) também ajuda a prover as actividades que fazem a vida mais do que um processo vegetativo, (...). (Henderson, 2007, p. 6), e, este conceito ideia- também é reforçada por Carvalho (2004,p.181) que afirma, “ (...) a enfermagem além de ser um campo de competência técnico-científico específico e formalizado, é também um campo de práticas sociais-“sociais”.

Segundo a OE, intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação:

Formatada: Tipo de letra: Itálico

Formatada: Avanço: Primeira linha: 0 cm

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

~~“ (...)”a sua intervenção~~ visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da ~~AltaAlta~~, na continuidade dos Cuidados e na reintegração das pessoas na ~~famíliaFamília~~ e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.” (OE, Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, 2010, p1)

Formatada: Avanço: Primeira linha: 0 cm

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

O Enfermeiro de Reabilitação tem uma “clientela” específica. A sua intervenção, deve ser realizada com ética e responsabilidade, autoconhecimento e assertividade, tendo em conta os direitos humanos, proporcionando um ambiente terapêutico e seguro optimizando os recursos tendo em vista a qualidade. Segundo ~~Virginia~~ Henderson (2007,p.9), ~~“(...)”~~ o autoconhecimento das enfermeiras (a capacidade de reconhecer e resolver os próprios problemas emocionais, o reconhecimento dos seus recursos e das suas limitações), influencia a sua capacidade de exercer a exigente função de enfermeira.” ~~“~~ A Implementação de uma boa resposta da equipa de enfermagem e a sua articulação com a equipa interdisciplinar é fulcral. ~~Reforça~~ Henderson (2007, p. 67). ~~refere ainda que~~ “a responsabilidade de ajudar os doentes no autocuidado e na sua independência é partilhada por todos os membros da equipa médica.” ~~Segundo o estudo de~~ Garrino et al (2011,p.74), ~~refere também que~~“((...)” as opiniões dos pacientes sublinham fortemente a importância de uma abordagem holística para cuidar, juntamente com a necessidade de superar as barreiras entre as áreas profissionais a fim de criar um ambiente terapêutico.”

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Cabe ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação, conhecer as redes de referência e apoios institucionais, onde a pessoa pode ser encaminhada na situação de ~~AltaAlta~~ Hospitalar, sendo a equipa multidisciplinar parte integrante do acompanhamento. No entanto, é de salientar que actualmente algumas Instituições, já realizam um acompanhamento à ~~famíliaFamília~~ no próprio domicílio.

Realizar a análise e divulgação, junto da ~~família~~Família e pessoa com LVM, dos Produtos de apoio/ajudas técnicas existentes, (ajudas que visam a mobilidade, independência, ajudas para o levantar e transferências, outros acessórios para ajudar o trabalho manual e outros que actuam mais a nível da prevenção), são etapas imprescindíveis no processo de adaptação ao ambiente. Ambiente que deve incluir tecnologias especializadas, para ultrapassar as barreiras arquitectónicas e promover a acessibilidade (a política de acessibilidade é fundamental para adopção de equipamento urbano e planeamento urbanístico). Em Portugal, existe legislação aprovada com regulamentação em vigor.

A compensação de certas limitações funcionais, têm como objectivo facilitar ou tornar possível, determinadas actividades de vida quotidiana. Para Hesbeen (2010,p.43) “ a reabilitação, para além de permitir enfrentar a situação presente deve preparar para situações que sabe, ou se teme, que irão acontecer no futuro.”

Desta forma, os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação têm que ser sensíveis aos ganhos, que podemos obter na saúde, nomeadamente intervindo na diminuição dos dias de internamento e no número de reinternamentos. A avaliação das necessidades ~~tem~~ que ser ajustada e personalizada, tendo como meta final, melhor qualidade na prestação dos cuidados e melhor qualidade de vida da ~~pessoa~~ pessoa, ~~esta avaliação tem que ter-~~ Está sempre presente a ideia ~~Tendo sempre presente, que~~ esta pessoa vai para o seu seio familiar ~~e, vai~~ integrando-se numa comunidade, ~~como tal pretende-se tentando-adequar a sua vida social e profissional a sua profissão~~ às suas limitações, proporcionando-lhe assim ~~uma~~ inclusão social. Pois, como afirma Carvalho (2004,p.176), “as pessoas com lesão medular, a partir do seu défice motor e sensitivo, acabam por isolar-se, inclusive do trabalho, visto que a sua deficiência na locomoção e sensibilidade tátil afectam directamente a sua produção. O isolamento é agravado, em particular, pela ~~alta~~falta de acesso a bens sociais, (...)”

Tendo como base em todo este enquadramento saliente que toda a praxis, tem que ser consistente, apoiada em válidos padrões de conhecimento suportada na reflexão e na investigação. A intervenção do enfermeiro na área de reabilitação está essencialmente voltada para as áreas: respiratória, neurológica, ortotraumatologia e de doenças do foro sensorial. Para além do que foi referido importa ter em atenção o complemento desta informação (APÊNDICE II – Fundamentação teórica complementar)

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

3 DESCRIÇÃO DO TRABALHO DESENVOLVIDO

Pretendo agora evidenciar o percurso realizado e os resultados obtidos ancorados na teórica escolhida Virginia Henderson, de forma a demonstrar a aquisição de competências como futura Enfermeira Especialista de Reabilitação, evidenciando assim os contributos pessoais, profissionais assim como o avanço para a própria Enfermagem.

3.1 Enquadramento situacional

O Estágio decorreu entre o dia três de Outubro a dezassete de Fevereiro com a execução de quinhentas e vinte cinco horas totais e de quatrocentas e cinquenta e sete horas de prestação de cuidados directos.

Este foi realizado nas três áreas do serviço. Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Intermédios e Enfermaria, isto para ir de encontro aos objectivos e actividades por mim definidas. No entanto, existiu necessidade de redefinir o cronograma de Estágio, para ir de encontro as minhas necessidades de aprendizagem e ao acompanhamento das pessoas que eram alvos nos meus cuidados (cronograma programado e cronograma alterado em APÊNDICE III)

No dia três de Outubro, data do início do Estágio, encontravam-se dezanove utentes internados no Serviço de Neurocirurgia (quatro na Unidade Cuidados Intensivos, quatro na Unidade Cuidados Intermédios e onze na Enfermaria). Doze destes, tinham indicação para Enfermagem de Reabilitação. Quatro destas pessoas eram portadoras de Lesão Vertebral Medular (LVM), sendo uma delas de origem traumática.

Idealizei que a pessoa vítima de traumatismo, poderia responder na plenitude à maioria dos objectivos por mim projectados, por ser um internamento relativamente recente com um longo processo de Reabilitação, indo de encontro às competências que pretendo atingir nas duas grandes áreas da Reabilitação (motora e respiratória), fazendo o acompanhamento do processo, desde a instabilidade respiratória até ao momento da provável Alta, seguindo assim todo o percurso desta pessoa e da sua família.

No início deste Estágio, reconheci que se tratava de um campo muito exigente a nível pessoal, pelas características da sua especificidade. Mediante isso, assumi-o

como mais um desafio no meu processo de aprendizagem contínuo, trabalhando todos os dias para poder concretizar os objectivos definidos e alcançar as minhas expectativas.

Verifico actualmente a riqueza deste campo de aprendizagem, para o qual ~~contribuíram~~contribuíram todos os seus profissionais, dando ênfase especial à minha orientadora e supervisora de Estágio Enfermeira Especialista Estela Varanda, à Enfermeira Chefe Leonor Monteiro, à Enfermeira Especialista Cristina Rodrigues e ao Enfermeiro Especialista Abílio Costa, agradecendo toda a orientação prestada e os momentos de discussão proporcionados.

3.2 Actividades desenvolvidas

A formação no contexto das práticas é o caminho para um percurso reflexivo contínuo sobre dos cuidados traduzindo-se num crescimento pessoal e ~~profissional~~profissional. Segundo ~~Considera~~Considera Hesbeen (2010,p.133), ~~que~~ “a “formação” e a “reabilitação” são dois termos intimamente ligados, uma vez que respeitam sempre os processos que não se podem limitar a fazer o que há a fazer. Frutos de um percurso singular mas muito interactivo, quer uma quer outra, perseguem um objectivo idêntico que implica criar.”

A prática, permite desenvolver actividades essenciais para aquisição de novas competências. A mesma, no contexto de uma formação avançada contém objectivos que se centram, na sua globalidade, em domínios diferentes da prática habitual. Indo de encontro a um saber especializado. Este campo de estágio constituiu um campo de aprendizagem muito rico, proporcionando-me muitas aprendizagens e a aquisição competências especializadas, indo de encontro aos objectivos propostos, à execução das actividades predefinidas e à temática desenvolvida «A Pessoa com LVM e sua ~~Família~~Família», no sentido de adequar as minhas intervenções aquela pessoa/~~família~~Família única. Em consequência dos objectivos definidos, tendo em conta que todas as áreas específicas da reabilitação foram trabalhadas em simultâneo, ajustando-as às necessidades das pessoas com LVM(s), com a finalidade de promoção de saúde e prevenção de complicações, atribuindo à ~~família~~Família um papel principal na reintegração no meio e no estabelecimento de necessidades que poderão estar relaci-

Formatada: Não Realce

onadas com problemas reais ou potenciais, fundamento a descrição das actividades desenvolvidas.

No contexto desta problemática passo à análise dos objectivos definidos.

- Analisar a dinâmica organofuncional, metodologia de trabalho da equipa de Enfermagem e sua prestação de cuidados no Serviço de Neurocirurgia do Hospital.

A recolha de dados pesquisando o material bibliográfico, (protocolos, normas de actuação) e a entrevista à Enfermeira-chefe, foram uns guias orientadores para a análise da dinâmica do Serviço, que, em conjunto com a observação da estrutura organizacional dos vários sectores, (Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Intermédios e Enfermagem) e sua análise contribuíram para a minha integração no espaço organizacional do Serviço.

O conhecimento da estrutura física e orgânica, com visita ao Serviço e a integração à dinâmica organizacional e funcional do mesmo, foram os primeiros passos para a concretização do primeiro objectivo específico definido. Esta integração foi muito facilitada pela equipa de enfermagem que se mostrou muito disponível, salientando especialmente a Enfermeira Especialista Estela Varanda e Enfermeira chefe Leonor Monteiro, que mostraram empenho e disponibilidade em dar resposta às minhas solicitações, ajudando-me desta forma a ultrapassar as dificuldades sentidas. Estas ofereceram-me inicialmente, uma ampla informação sobre a dinâmica estrutural e funcional do Serviço, plano de acção e gestão de recursos humanos e materiais, facilitando assim a minha integração e promoção da análise da dinâmica do Serviço. A curiosidade em saber o mais possível para melhor rentabilização da minha experiência., foi assim sustentada por estas duas enfermeiras, privilegiando momentos de reflexão oportuno, constituindo assim momentos fundamentais para a concretização deste primeiro objectivo.

Este Serviço, que para mim era praticamente desconhecido, constituiu um campo de Estágio diversificado de conhecimentos, tanto ao nível da gestão (organização e planificação) como da prestação de Cuidados. Estes conhecimentos, contribuíram para a minha integração nas rotinas do Serviço e na Equipa Multidisciplinar, constituindo esta uma mais-valia para o decorrer de toda a minha aprendizagem.

É de salientar a necessidade que o Serviço tem em «discutir» as situações relacionadas com a Reabilitação ou mesmo de formação, escolhendo as terças-feiras para os

Enfermeiros de Reabilitação se reunirem (estes encontros, por vezes, reúnem todas as enfermeiras Especialistas do Hospital), promovendo assim encontros com reflexão sobre as práticas entre pares. Como é referido por Hesbeen (2010,p.105) refere “aque “a dimensão criativa desta profissão implica modelos de gestão que promovam a iniciativa e que reconhecem espaços de liberdade compatíveis com a acção de cuidar.”

Formatada: Não Realce

Tive também oportunidade de assistir a uma reunião entre fisioterapeutas, fisiatra, Enfermeiros de Reabilitação e Enfermeira-Chefe do Serviço. Esta reunião, foi realizada com o intuito de aferir necessidades das pessoas e objectivar intervenções em unísono, permitindo coordenar as futuras intervenções da equipa. Ficou acordado, apostar na frequência destas reuniões e decidido que estas reuniões passariam a ser realizadas às Terças-feiras, nas quais se estabeleceriam planos de intervenções de complementaridade mais ajustados. Na minha opinião, existem, por vezes, alguns atritos (sublinhando todos os esforços da Enfermeira-Chefe Leonor em os minimizar), relacionados com questões de gestão do tempo na prestação de cuidados, ou seja, quando o Enfermeiro de Reabilitação acaba de realizar as suas intervenções e os fisioterapeutas que acabaram de chegar e, querem iniciar o seu trabalho pela mesma pessoa, pessoa, gera-se um ambiente de desconforto. A marcação destas reuniões, tinha também como objectivo colmatar falhas de comunicação e aferir estratégias para as ultrapassar. Para se estabelecer um bom ambiente terapêutico, segundo Benner (2005,p.89), é importante “(...) construir e manter relações com os outros membros do grupo terapêutico para criar uma atmosfera de confiança e de comunicação partilhadas.”

Formatada: Não Realce

Ono Serviço temestá descrito e analisado em documento próprio (ANEXO II), os deveres, responsabilidades e desempenho do cargo de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o mesmo possui uma folha para de registos da sua prestação de cuidados especializados de reabilitação, executada pelo enfermeiro especialista, tem como objectivo registar que cuidados diários se prestaram aquela pessoa de uma forma global funcionando como indicadores de prestação de cuidados especializados, do sentido de se poder identificar e justificar a pertinência desses cuidados especializados de reabilitação. Existe também noho Serviço uma folha para a Monitorização das AltaAltas e funciona como uma linha orientadora nos encaminhamentos dos doentes. (ANEXO III)

Formatada: Não Realce

A Avaliação da Medida da Independência Funcional (MIF), está a ser implementada pelo Serviço e os seus registos são realizados pelo Enfermeiro Especialista no de-

correr do internamento de algumas pessoas, nomeadamente os que supostamente serão encaminhados para Centros de Reabilitação. Esta avaliação acompanha a pessoa com o restante historial quando tiver Alta. A função desta avaliação é analisar os progressos da pessoa doente em termos de funcionalidade e cognição. S- Segundo as conclusões do estudo efectuado por Neves *et al* (2007, p.238) “conhecer a apresentação dos pacientes com lesão medular em termos de independência funcional e padronizar a nomenclatura utilizada para descrever as lesões, permite aos serviços de reabilitação estruturar-se para atender às demandas dessa população de forma mais eficiente (...). Esta avaliação segundo a MIF, pois facilita e norteia a equipe multidisciplinar no estabelecimento de metas realistas de intervenção.”

Todos estes Estes são alguns dos mecanismos estabelecidos pelos Serviço, que me ajudaram a compreender a dinâmica de funcionamento e sua articulação com o Meio, tendo em vista aquela Pessoa e o potencial sucesso da sua Reabilitação.

- *Prestar Cuidados de Enfermagem globais como Enfermeira Especialista de Reabilitação à pessoa com Lesão Vertebral Medular* família Família, utilizando metodologia científica, tendo em conta o processo de Enfermagem.

Formatada: Tipo de letra:

A especificidade dos doentes com LVM, bem como, as intervenções que lhe são implícitas, exigiram uma pesquisa bibliográfica diária com a integração dos conhecimentos aplicados à prática, suportados em conhecimentos adquiridos durante a fase teórica, e que foram concretizados com a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação aquela Pessoa Família Família. Este investimento diário constituiu uma mais-valia no meu processo de aprendizagem e, designadamente, no meu percurso enquanto futura Enfermeira de Reabilitação, “se bem que a reabilitação tenha um carácter científico, (...)” este “(...) implica processos de análise fundamentados num certo número de saberes, além da investigação especializada” Hesbeen (2010,p 53).

Formatada: Não Realce

Para concretizar essa prestação de cuidados, é necessário que primeiramente se passe por uma fase de observação e uma integração na equipa multidisciplinar para se poder, então, dar início à prática especializada de cuidados de enfermagem de Reabilitação. O processo inicia-se por uma fase de colaboração na prestação dos cuidados e *a posteriori* por uma fase de prestação de cuidados, com a orientação e supervisão da

Enfermeira responsável pelo Estágio. Todo o percurso foi acompanhado pela presença constante das actividades por mim definidas.

~~Este Durante este~~ Estágio ~~proporcionou-me vários momentos de aprendizagem, no entanto gostaria-gostaria~~ de salientar que tive ~~uma~~ oportunidade singular, ~~em termos de aprendizagem~~, de poder acompanhar ~~de um modo mais intensivo~~ a situação de uma Pessoa que sofreu um Traumatismo Vertebro Medular ~~para além dos cuidados da Enfermagem de Reabilitação prestados em colaboração a outras pessoas~~. Esta experiência permitiu-me intervir de uma forma abrangente em diferentes áreas de actuação da Enfermagem de Reabilitação, tanto na área respiratória como na área motora. A actuação foi sustentada na observação e recolha de dados, realizando avaliações diárias para reprogramar o planeamento das intervenções, observando os sucessos e retrocessos do seu percurso de saúde/doença, tendo em conta a complexidade e singularidade daquela pessoa que tem uma ~~Família~~Família e que vai ser integrada na sociedade com uma nova condição. Como é referido por ~~Hesbeen~~ (2003,p.105), “o profissional que presta cuidados exerce uma profissão criativa através da qual tenta ajudar as pessoas.” No estudo de ~~Garrino et al~~ (2011,p.74) referem “(...) o tempo dos pacientes num programa de reabilitação precisa ser adequadamente planeado (...) Além disso, a organização deve ser flexível e ter em conta o surgir de problemas físicos que podem modificar os planos de actividade (...)”.

Estas intervenções por mim planeadas e executadas foram registadas em Planos de Cuidados, com levantamentos de diagnósticos segundo Virgínia Henderson e suas catorze necessidades fundamentais, pois “(...) um plano escrito força aqueles que o fazem a pensar nas necessidades individuais.” Henderson (2007,p.22). Também para ~~Benner~~ (2005, p.150), “as enfermeiras peritas aprendem a organizar, a planificar e a coordenar as diferentes necessidades e solicitações dos doentes, e a adaptarem incessantemente as suas prioridades às mudanças constantes do seu estado.”

Esta pessoa que foi alvo dos meus cuidados, sustentou a realização de uma apresentação, em forma ~~E~~estudo de ~~e~~Caso, que foi exposto aos Enfermeiros de Reabilitação do Serviço (~~APÊNDICE IIIIV~~). FORTIN (2009), define estudo de caso como sendo um exame detalhado de uma só unidade de estudo, de um caso (por exemplo: pessoa, ~~família~~Família, grupo, comunidade, cultura).

A avaliação inicial, associada a uma colheita de dados, determina a eficiência e eficácia da ~~nossa~~ intervenção centrando a ~~nossa~~ atenção no par utente/cuidador. Os ob-

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

jectivos da ~~no~~sssa intervenção têm que ser estabelecidos em conjunto, indo ao encontro dos objectivos pessoais de cada um e das suas ~~família~~Famílias, perspectivando continuamente os meus cuidados para a situação de ~~Alta~~Alta, onde a pessoa com LVM vai ter de ser reintegrada no seu seio familiar, na comunidade e na sociedade. Estas acções são determinantes para elaboração dos Planos de Cuidados, com intervenções autónomas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação. Segundo Collière (1999,p. 293), “o processo de cuidados de enfermagem é uma construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados, a partir dos elementos da situação. Nunca pode constituir objecto de aplicação sistemática de conhecimentos nem de aplicação sistemática de instrumentos.” Hesbeen (2010,p.73) afirma que “(...) a palavra “processo” significa aqui a capacidade para se movimentar, para se dirigir ao outro para fazerem o caminho juntos.” Ainda Henderson (2007,p. 66) diz que “o regime deve ser aquele que o doente (se consciente) ajudou a planear. Ele deve aceitá-lo e querê-lo, de outra forma não o seguirá senão por imposição. Quanto mais iniciativa o doente tiver, mais probabilidade o programa terá de ser eficaz.” Esta, afirma ainda que:

“mesmo com a terapia, acreditamos que o doente consciente deve sentir que a escolha é sua. Deve ficar claro que a função da enfermeira é ajudar o doente a aprender, especificamente quanto à promoção da saúde e recuperação da doença sendo interpretada aqui como reforço de um plano terapêutico feito com o doente, se ele estiver consciente.” Henderson (2007,p. 66)

Para o planeamento, execução e avaliação dos Planos de Cuidados de enfermagem individualizados, atendendo às capacidades funcionais da Pessoa, com o intuito de reduzir a dependência e conduzir à qualidade de vida, recorri à aplicação de instrumentos de avaliação na prática dos cuidados, integrando e consolidando saberes no âmbito da enfermagem de reabilitação, de forma a objectivar a minha intervenção. Neste contexto, utilizei várias escalas de avaliação, nomeadamente, a ASIA (American Spinal Injury Association), a escala de Ashword modificada e a escala da força muscular. No entanto, dei maior relevo à Medida de Independência Funcional (MIF) na execução dos meus Planos de Cuidados, sobretudo para uniformizar as minhas avaliações de forma a serem as mais exactas possíveis, planificando Cuidados de forma mais precisos, identificando criteriosamente cada nova intervenção e potenciando a qualidade de cuidados prestados.

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Avanço: Esquerda: 0,75 cm, Primeira linha: 0 cm

Formatada: Tipo de letra: 11 pt, Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt, Não Realce

Formatada: Não Realce

A equipa de enfermagem do Serviço, segue também a monitorização contínua dos utentes, utilizando de forma sistemática alguns instrumentos de avaliação como a escala de comas de Glasgow, escala de Ramsay, escala de força muscular, a escala numérica da dor, escala de Braden e escala Morse. Muitas destas escalas também foram utilizadas por mim na execução dos meus planos de cuidados (escalas em ANEXO IV)

Este Estágio, foi muito rico em termos de experiências, atribuindo-me condições de intervenção e de desenvolvimento competências especializadas de forma abrangente, em diferentes áreas de actuação da Enfermagem de Reabilitação como: a reeducação funcional respiratória, a reeducação funcional motora; a reeducação vesical e intestinal; os autocuidados; a estimulação cognitiva e o apoio à ~~família~~Família.

A comunicação verbal como elo de ligação da Relação Humana, é muitas vezes comprometida por causas várias. Existe a necessidade de adequar estratégias para a percepção das necessidades daquela pessoa, o que me levou a recorrer a um álbum de imagens, letras e números existente no serviço para permitir uma comunicação eficaz. Os enfermeiros, segundo Henderson (2007,p9,p45), “~~{ (...) } têm de ser sensíveis à comunicação não-verbal~~não-verbal e encorajar os doentes a expressar os seus sentimentos de todas as formas.”. Recorrer ao toque como comunicação é “~~{ (...) } psicologicamente reconfortante e a simpatia expressa pelas mãos da enfermeira é gratificante para o doente.~~” (Henderson, 2007,p45). Esta ideia é reforçada porPara Benner (2005,p77,p.81), “as enfermeiras peritas estão conscientes aqui do valor da sua presença junto dos doentes. Elas insistem muito na importância do toque e das relações pessoais entre o doente e a enfermeira.” Acrescenta ainda que “~~{ (...) } as enfermeiras utilizaram tradicionalmente o toque como uma abordagem terapêutica.~~” Com o intuito de estabelecer laços facilitadores do processo relacional e de reabilitação ~~Recorri também a fotografias de familiares significativos com o intuito de estabelecer laços facilitadores do processo relacional e de reabilitação.~~

A experiência de prestar cuidados de reabilitação pessoas ventiladas (Unidade de Cuidados Intensivos) intervindo em toda a área da reeducação funcional respiratória, numa primeira fase de instabilidade respiratória e depois acompanhando-as em todo seu percurso evolutivo na situação de internamento, passando pela Unidade de Cuidados intermédios e Enfermaria, constituiu sem duvida uma riqueza em termos de práticas executadas. Segundo o estudo de Christopher Winslow *et al* (2002), os episódios de ventilação assistida, pneumonia e traqueostomia são maiores nos indivíduos com

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

~~deficiente~~ motor e naqueles que necessitam de intervenção cirúrgica que nos restantes casos.

O estabelecimento de intervenções fundamentadas, priorizadas, adequadas e sustentadas em ensinos, instrução e treinos, onde os treinos das Actividades de Vida Diária tomam um papel principal tendo em vista promoção da independência e a qualidade de vida aquando ~~Alta~~Alta, constituiu sem dúvida uma mais-valia para a minha aprendizagem.

As Actividades de Vida Diária, são necessidades de vida que incluem actividades rotineiras, como tal, numa situação de doença estas exigem modificações para a pessoa poder-se integrar na sua nova condição de vida. Em diferentes contextos é fulcral a necessidade de manutenção e/ou desenvolvimento do seu potencial, capacitando-a ~~a~~ para o autocuidado na realização das actividades de vida diária ~~em diferentes contextos é fulcral~~.

Durante este Estágio, onde tive a oportunidade de acompanhar várias pessoas com a patologia de LVM(s), com etiologias diferentes, em vários contextos de vida e incidir nos treinos das AVD(s) perspectivando um novo contexto de vida, foi sem dúvida muito gratificante para a minha aprendizagem.

Ao conjunto de acções que o ser humano desenvolve em seu benefício de forma consciente e deliberada, no sentido de promover e manter a vida, o bem-estar e a saúde, prevenir a doença, assim como o seu tratamento, é denominado de ~~autocuidado~~. autocuidado, este reflecte todo ~~Este é o reflexo do~~ instinto humano básico de sobrevivência e constitui um. O processo ~~é~~ dinâmico e instintivo, permitindo que a pessoa e ~~família~~Família (re)adquira a capacidade de funcionar eficazmente após um incidente de vida ~~acidente/doença~~. O autocuidado ultrapassa o conjunto de capacidades apreendidas. Henderson refere que ~~Henderson (2007,p.7), sustenta que~~

“provavelmente toda a gente reconhece que a enfermagem tem as suas raízes nas necessidades humanas fundamentais. Quer a pessoa esteja de boa saúde quer esteja doente, a enfermeira deve ter presente o inelutável desejo humano por comida, abrigo, roupa; por amor e aprovação; por um sentido de utilidade e dependência mútua nas relações sociais.” Henderson (2007,p.7).

Todo o meu percurso do Estágio foi marcado pela análise e avaliação de todas as intervenções efectuadas, de forma a reflectir sobre os cuidados prestados, sua fundamentação e sua eficácia ~~prestados, da sua eficácia, da sua fundamentação~~, para poder

Formatada: Não Realce

Formatada: Avanço: Esquerda: 0,75 cm, Primeira linha: 0 cm

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

fazer o ponto da situação- e a qualquer momento- ~~planificare~~ ~~planificar~~ novas intervenções; ~~no sentido de~~ ~~forma a~~ ~~optimizar a~~ ~~otimização da~~ prestação de cuidados. Como afirma Benner (2005, p.201), "(...) os problemas mais difíceis necessitam de uma grande sensibilidade e de um bom espírito de análise." Esta avaliação foi baseada em indicadores que pudessem projectar resultados dando pistas para a tal optimização das estratégias a planificar e executar.

Neste contexto, a avaliação da dependência dos autocuidados, a avaliação da força muscular, a auscultação pulmonar, a destreza na observação das imagens ao tórax obtida pelas várias observações diárias às mesmas, a avaliação da tosse, a avaliação dos conhecimentos e das habilidades do utente e ~~família~~ ~~Família~~, entre outras, permitiram-me planificar os cuidados, mensurar intervenções, definir estratégias, e avaliar o meu programa de reabilitação.

Toda- ~~aa~~ ~~minha~~ intervenção ~~foi~~ ~~é~~ ~~pautada~~ pela definição de ~~objetivos~~ ~~objectivos~~ a curto, médio e longo ~~prazo~~ ~~prazo~~, ~~estes~~, ~~objectivos~~, ~~foram~~ ~~ajustados~~ ~~que~~ ~~foram~~ ~~sendo~~ ~~definidos~~ tendo em conta ~~a~~ ~~a~~ Pessoa a quem ~~es~~ ~~a~~ ~~direccionei~~ ~~os~~ ~~meus~~ ~~Cuidados~~, ~~foram~~ ~~aplicados~~ ~~tão~~ ~~a~~ ~~com~~ ~~a~~ ~~contínua~~ ~~percepção~~ ~~ser~~ ~~aplicados~~ ~~realizando~~ ~~uma~~ ~~percepção~~ ~~contínua~~ ~~da~~ ~~sua~~ ~~eficácia~~, e ~~foram~~ ~~avaliados~~ ~~através~~ ~~dos~~, ~~nomeadamente~~ ~~nos~~ exercícios terapêuticos instruídos que ~~iam~~ ~~sendo~~ ~~tenham~~ ~~sido~~ ~~assegurados~~ ~~pela~~ ~~própria~~ ~~pessoa~~ ~~pe-~~ ~~lo~~ ~~utente~~.

A mensuração de resultados foi realizada através da reavaliação da Pessoa, ~~das~~ intervenções diagnósticas, ~~dos~~ instrumentos de avaliação ~~funcional~~ ~~funcional~~, ~~da~~ ~~da~~ adesão ao regime instituído e do conhecimento demonstrado pelo ensino, instrução e treino manifestados. ~~Estas~~ ~~intervenções~~ ~~e~~ ~~estes~~ ~~resultados~~ ~~foram~~ ~~sempre~~ ~~partilhados~~ ~~com~~ ~~a~~ ~~enfermeira~~ ~~orientadora~~, e reformuladas sempre que necessário, bem como ~~partilhadas~~ ~~com~~ ~~os~~ ~~outros~~ ~~elementos~~ ~~da~~ ~~equipa~~, ~~de~~ ~~modo~~ ~~a~~ ~~garantir~~ ~~a~~ ~~eficácia~~ ~~e~~ ~~a~~ ~~continuidade~~ ~~dos~~ ~~cuidados~~. ~~Estas~~ ~~intervenções~~ ~~e~~ ~~estes~~ ~~resultados~~

~~foram~~ ~~sempre~~ ~~partilhados~~ ~~com~~ ~~a~~ ~~enfermeira~~ ~~orientadora~~, e reformuladas sempre que necessário, bem como ~~partilhadas~~ ~~com~~ ~~os~~ ~~outros~~ ~~elementos~~ ~~da~~ ~~equipa~~, ~~de~~ ~~modo~~ ~~a~~ ~~garantir~~ ~~a~~ ~~eficácia~~ ~~e~~ ~~continuidade~~ ~~dos~~ ~~cuidados~~.

Este Serviço possui uma quantidade generosa de recursos materiais, como tal durante o Estágio procurei otimizar os recursos existentes, utilizando a maca banheira, a cadeira higiénica, o elevador, o dispositivo para calçar meias elásticas, o andarilho, a cadeira de rodas de espaldar alto, entre outros, tendo sempre presente o foco de inter-

Formatada: Não Realce

venção. Realço também a existência de camas articuladas eléctricas que permitem declives e planos inclinados, constituindo uma mais-valia no treino do levante progressivo. A utilização de outros equipamentos, constituíram também um contributo para a avaliação das minhas intervenções, salientando o uso do Inspirómetro incentivador e o *cough assist*. ~~Ono~~ Inspirómetro incentivador avalia volumetricamente a capacidade da expansão pulmonar ~~é avaliada volumetricamente~~, o volume medido torna-se incentivador para se passar à etapa seguinte, confinando assim, a proposta mútua no sentido de aumentar os volumes medidos; o *cough assist* ~~que~~ mostrou a sua eficácia na promoção da tosse, mobilizando ~~assim~~ as secreções pela árvore traqueobrônquica, evitando desta forma a aspiração que constitui uma abordagem mais traumática.

É de salientar a preocupação que este Serviço tem em investir nos seus utentes, no sentido de procurar e ir de encontro às necessidades dos mesmos, dando como exemplo, a realização de um estudo ventilatório (ANEXO V) onde mostra a frequência cardíaca e a saturação periférica nas vinte e quatro horas diárias. Este foi realizado para se poder demonstrar a necessidade de uma ventilação nocturna, baseando-se no aumento da frequência cardíaca e diminuição da saturação periférica, desmistificando que o facto de aquela pessoa estar conectada ao ventilador no período nocturno não significa retrocesso no seu processo de recuperação, muito pelo contrário, significa menos exaustão respiratória e uma concentração de energias para as actividades diurnas, ou seja, para colaborar mais activamente na sua reabilitação.

Gostaria também de referir, a oportunidade que tive de realizar cuidados de enfermagem especializados pré-operatórios à pessoa com LVM, no que diz respeito à componente respiratória e avaliação dos défices motores e sensitivos, (aplicando escalas próprias) para eventual acompanhamento e futura intervenção de enfermagem Especializada.

Os registos de enfermagem foram realizados em CIP/SAP (E alguns fenómenos já estão direccionados para a área de reabilitação). Assim considero ter enriquecido o meu conhecimento, no que concerne ao domínio da prática de enfermagem e concepção dos cuidados, utilizando linguagem classificada (CIPE). Que para mim constituiu mais uma experiência dado que tive contacto ~~com esta~~ e a utilizei pela primeira vez. Assim, e indo de encontro ao objectivo definido, posso afirmar que este Estágio momento ~~constituiu~~ um momento de excelência para prestar cuidados personalizados e diferenciados, desenvolvendo programas globais de enfermagem de reabilitação à

Pessoa/FamíliaFamília, mediante a determinação do estado físico funcional, mental e espiritual, documentando as necessidades de intervenção, atingindo assim, a meta final que consiste na reeducação funcional, na reintegração profissional e na reinserção social. Pois, como afirma Benner (2005,p.198), "cuidar significa que é possível permitir a reinserção da pessoa cuidada na Sociedade."

Formatada: Não Realce

- Preparar a pessoa com LVM e famíliaFamília/pessoa significativa, para a AltaAlta tendo em vista a sua qualidade de vida e reintegração social.

É preocupação da equipa de enfermagem, nomeadamente da Enfermagem de Reabilitação, tendo em vista ao facto das AltaAltas serem cada vez mais precoces, a averiguação das condições familiares de recepção dos doentes no ambiente familiar, logo desde o primeiro dia do internamento. Quando esta recepção se faz para o domicílio, é função da equipa de enfermagem analisar as condições do mesmo, prestar informações sobre a existência de materiais de apoio adequados a cada situação, ter o entendimento do nível de conhecimentos do Cuidador e habilitá-lo para o Cuidar. O Enfermeiro de Reabilitação, mais uma vez, tem um papel de relevo na equipa de enfermagem, como formador na preparação para a AltaAlta. Como refere Meleis (2000,p.13), "(...) os enfermeiros costumam ser os cuidadores que preparam os clientes para as transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com experiências de saúde e doença dos clientes."

Formatada: Não Realce

Durante este período de aprendizagem e como futura Enfermeira de Reabilitação, procurei a mobilização constante de Saberes e experiências para melhor responder às necessidades daquela pessoa com LVM / famíliaFamília, que é única e vai iniciar o seu percurso singular. As preparações para a AltaAlta são direccionadas e adequadas àquela Pessoa complexa e singular que estava inserida num contexto de vida e que agora possui uma nova condição. Esta tem objectivos particulares e profissionais enquadrados em todo um contexto social.— Como — menciona Henderson (2007,p.60), menciona que "a doença perde algum do seu terror para a maioria dos homens e mulheres quando eles conseguem continuar a trabalhar." Assim e como futura Enfermeira Especialista em Reabilitação cabe-me Cabendo-me a mim neste caso a iluminação do caminho escolhido para irindo de encontro às necessidades pessoais sentidas, que muitas vezes se encontram ocultas ou perdidas no meio de todo este pro-

Formatada: Não Realce

cesso de transição. Neste sentido, para ir de encontro as estas particularidades, estabeleci objectivos conjuntos para a promoção dos autocuidados (alimentação, higiene, vestir e despir as duas metades do corpo, uso do sanitário, controle dos esfínteres, uso do sanitário, transferência e locomoção). Os autocuidados foram promovidos, através do desenvolvimento de capacidades motoras e cognitivas, da aprendizagem e aquisição de conhecimentos, do desenvolvimento de habilidades e da utilização de estratégias de compensação e meios adaptativos, numa visão de alcançar a independência funcional o mais rapidamente possível. Virginia Henderson (2007, p.65-66), afirma que a “{(...)” “orientação,” “treino,” ou “educação” são parte dos cuidados básicos de enfermagem na maioria, se não em todos aqueles que procuram tratamentos.” Afirma ainda que “(...) a recuperação ou o doente ficar preso à doença depende da reeducação.” Nunca perdendo de vista, que o Ensino à pessoa e seu cuidador, mediante a programação de cuidados constitui a base de todo o processo terapêutico.

Nesta conjuntura, o Ensino à FamíliaFamília desempenha também um papel fundamental no processo de Reabilitação. A preparação da pessoa e FamíliaFamília para a AltaAlta (ensinar, instruir, treinar) promovendo a adopção de estratégias adaptativas na tentativa de as adaptá-lo enquadrar n-a seu novo contexto de vida proporcionando-lhes desta forma uma maior-melhor qualidade de Vida-às suas vidas. Fazer o envolvimento dasàs-respectivas famíliaFamílias, desde a fase inicial do seu longo processo de transição, apoiando-as e realizando Ensinos aos vários elementos cuidadores, potencia-lhes o sucesso da sua Reabilitação à pessoa com LVM.

Durante este Estágio tive oportunidade de realizar vários Ensinos mediante o historial da pessoa e após avaliação prévia. Esta avaliação contempla sempre análise de condições e enquadramento familiar, dando especial atenção ao estado de saúde do Cuidador Informal e o destino da sua AltaAlta. O esclarecimento de dúvidas com ajuste de novos encontros para solidificação e avaliação das aprendizagens apreendidas e realização de ensinos de novas aprendizagens constituíram uma preocupação constante. Mostrei sempre disponibilidade na elucidação de anseios e incertezas manifestadas e realizei Ensinos, Instruções e Treinos referentes às seguintes actividades: Levante e Transferência, Hidratação e Alimentação, aplicação do colete de Jewett, cuidados com a algália e posicionamentos. Realizei também Ensinos sobre a disreflexia autónoma e sinais e sintomas de infecção respiratória.

Formatada: Não Realce

No sentido de desenvolver um cuidar único e singular, demonstrando sempre uma preocupação permanente em ampliar o envolvimento, incentivando a parceria de cuidados, decidi, com a permissão dos enfermeiros responsáveis por aquelas pessoas, alargar o meu cuidar para todos os familiares significativos que estavam presentes e que demonstraram interesse em participar na minha acção de cuidar. Com esta iniciativa alcancei um envolvimento extraordinário no acto de cuidar promovido pelas próprias famíliaFamílias, fazendo-me assim valer de um valor terapêutico acrescido, proporcionado pelo toque dos seus próprios familiares, traduzindo-se esta contribuição, numa estimulação cognitiva daquelas pessoas, pois esta desempenha um papel fundamental no processo de reabilitação e na preparação das mesmas e suas famíliaFamílias para a AltaAlta. As manifestações das pessoas foram expressas por olhares menos vagos, emissão de pequenas palavras, pestanejar, etc. Aproveitei neste contexto para realizar Ensino às famíliaFamílias e desta forma consegui disponibilizar recursos humanos, tais como os enfermeiros responsáveis por aquela pessoa e técnicos operacionais para a execução de outras tarefas. Assim sendo usufruí de todos os momentos para estimular a pessoa alvo dos meus cuidados no sentido de recuperar a sua autonomia, desmistificar medos e anseios, desempenhando um papel activo na sua recuperação. Carvalho (2004, p.175) menciona "(...)em várias ocasiões fui testemunha de que a altaAlta Hospitalar destas pessoas era adiada, porque tanto os pacientes, como os seus familiares sentiam medo que esta acontecesse, diante da situação que lhes era apresentada." Também Mas como refere Benner (2005,p.133), "é crucial saber escolher o bom momento e estimular a motivação do doente para aceitar a bem essas intervenções." Desta forma construí assim um caminho conjunto para que a pessoa possa incorporar a sua nova condição com o máximo de independência possível, envolvendo o cuidador como parte indissociável e fulcral de todo o processo, e estimulando-o a participar de forma activa no mesmo. Ainda o estudo realizado por Schulz (2009,p.12), revela "(...) que os tratamentos complementares que visam tanto o cuidador e o indivíduo com LVM devem ter efeitos sinérgicos, resultando em mais resultados positivos para a díade como um todo." A envolveria dos familiares na minha prestação de cuidados, revelou-se de extrema importância tanto para a pessoa e sua famíliaFamília como para mim, traduzindo-se desta forma numa grande gratificação pessoal e profissional.

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

- Elaborar um plano de treino para as AVD(s) minimizando incapacidades, potencializando a autonomia aos doentes com LVM no Serviço de Neurocirurgia.

Formatada: Tipo de letra:

As reuniões com a minha orientadora foram fulcrais para ir de encontro a este objectivo. O Serviço de Neurocirurgia está muito virado para os Ensinos, como tal a perpetuação dos treinos das AVD(s) no domicílio seria desejável. Para isso elaborei um panfleto que vai de encontro à continuidade de cuidados para promover uma maior independência e envolvimento familiar aquando a AltaAlta.

Este panfleto tem como título “Como ajudar o seu familiar paraplégico ou tetraplégico a ser independente”, foi executado para ser distribuído a todas as famíliaFamílias cujo seu familiar tem uma Lesão Vertebro-Medular (APÊNDICE IV). Tem uma linguagem muito acessível, e subdivide as tarefas diárias de forma a ir de encontro às dúvidas mais frequentes e, fala tambémrefere dos acessórios que se podem ser adquiridos de forma a tornar o familiar o mais independente possível. O panfleto foi apresentado a todas as equipas de Enfermagem do Serviço de forma a dar conhecimento da existência e da sua funcionalidade, tendo como objectivo final ser distribuído pelas respectivas famíliaFamílias de forma a reforçar os Ensinos realizados.

Formatada: Não Realce

- Identificar os recursos existentes na comunidade, na área da intervenção do Hospital e sua articulação com o serviço de neurocirurgia.

- Analisar a intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na articulação com os recursos da comunidade.

O conhecimento da área de residência da pessoa é fundamental para se iniciar, a preparação para AltaAlta e seu encaminhamento, isto acontece porque como disse anteriormente, o serviço de neurocirurgia é de referência para toda península de Setúbal e se a pessoa não pertence à área de residência do Hospital, a articulação com a Assistente Social é o primeiro passo a ser dado.

O Serviço de Neurocirurgia possui uma Folha de Monitorização de AltaAltas onde contempla a data e o encaminhamento previsto para a pessoa, os ensinos realizados, que ajudas técnicas irá necessitar essa pessoa e onde será realizada a reabilitação após a AltaAlta. Esta folha é preenchida pelo Enfermeiro de Reabilitação, é realizada

segundo a avaliação prévia do mesmo e baseia-se nas potencialidades de reabilitação da pessoa (a MIF é um grande instrumento na ajuda dessa avaliação) e no seu enquadramento familiar.

O encaminhamento é realizado pelo Enfermeiro de Reabilitação mediante a Alta ter como destino o domicílio/lar (existindo uma avaliação se é realizada com ou sem apoio de reabilitação. Este apoio pode ser interno -fisioterapia do Hospital ou externa, por exemplo, fisioterapia do Hospital ou -centro de Fisioterapia) ou outras instituições. As pessoas mais jovens são referenciadas para Centros de Reabilitação no sentido de promover a maior independência possível, o encaminhamento, neste caso é feito pela fisiatra fazendo a referenciação para os seguintes Centros de Reabilitação: Curry Cabral, Alcoitão e São Brás de Alportel. A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) é outra opção. Neste caso a escolha de internamento é realizada pelo Enfermeiro de Reabilitação em consonância com a Equipa Multidisciplinar (Todas as quartas feiras é feita a visita médica, na qual eu também tive oportunidade de participar. Esta serve para discutir todos os assuntos referentes aquelas pessoas, nomeadamente o encaminhamento para as Altas, nesta visita participam: Chefe do Serviço, Enfermeira-chefe, enfermeiro de reabilitação, equipa médica, assistente social e o fisiatra). Se a pessoa tem potencial de reabilitação e é previsto que em 30 ou 60 dias seja o tempo suficiente para a reabilitação, ela é referenciada para a rede Nacional de Cuidados Continuados de Curta Duração. Se o Enfermeiro de Reabilitação prevê que o tempo que o utente necessita é maior que três meses, o utente é sinalizado para a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Média Duração. Na Rede, existem mais duas alternativas de internamento: Longa Duração ou para Cuidados Paliativos. Esta escolha às vezes é condicionada pela falta de vagas na Rede Nacional de Cuidados de longa Duração (o tempo de espera pode ser maior que dois anos porque os utentes ficam lá durante muitos anos, a maior parte das vezes até falecerem). Estas escolhas são feitas pelo Enfermeiro de Reabilitação em concordância com a equipa multidisciplinar. Este preenche um Formulário informatizado referente aos Cuidados de Enfermagem, cabendo ao médico e a Assistente Social o preenchimento das restantes partes do mesmo formulário, para se poder proceder à referenciação. Neste estágio tive a oportunidade de realizar uma referenciação para a Rede aferindo com a minha orientadora o que era mais benéfico para aquela pessoa.

As pessoas também podem ser encaminhadas para Lar ou Domicílio. Se a pessoa tiver como destino o domicílio a situação habitacional e familiar tem que ser minuciosamente investigada e os Ensinos surgem como os maiores aliados. Estas pessoas também podem necessitar da intervenção dos Cuidados Continuados do hospital ou do Centro de Saúde. A ~~família~~Família pode também recorrer ao Apoio de Cuidados Domiciliários em centros que prestam outros tipos de apoio, tais como alimentação e higiene. É neste contexto que o Enfermeiro de Reabilitação tem mais uma vez um papel decisivo, ou seja, consoante a sua avaliação do Utente/~~Família~~Família ele faz a articulação com o Enfermeiro dos Cuidados Continuados do Hospital (preenchimento de folha própria, este vem ao Serviço fazer uma entrevista a pessoa/~~Família~~Família); com o Enfermeiro do Centro de Saúde (preenchimento de folha própria e contacto telefónico) e/ou com a Assistente Social, se a pessoa necessitar de outros tipos de apoio.

O Ensino, Instrução e Treino são mandatórios, principalmente quando o utente vai para domicílio e mais uma vez o papel do Enfermeiro de Reabilitação é fulcral. Para Henderson (2007,p.68), “a enfermeira, mais do que qualquer outro profissional de saúde, pode fazer da experiência do doente com a sua doença, uma oportunidade para este entender a viver com plenitude.” Henderson (2007,p.68). A avaliação das necessidades ~~doaquele~~ utente é realizada pelo Enfermeiro de ~~Reabilitação~~,Reabilitação, este faz o levantamento das ajudas-que ajudas técnicas necessitaránecessárias a adequa- as a cada situação,? (exemplo: Colete de Jewett, cadeira de rodas, cama articulada, colchão antiescaras, etc.). ~~e m~~Neste âmbito e mais uma vez a articulação ~~entre com~~ a assistenteência Social e a Fisiatra é fundamental.

É de referir que estes utentes também podem ir para outros Serviços do Hospital (UCP) ou para outras instituições Hospitalares, públicas ou privadas.

A ~~folha~~folha de monitorização de Altas, mencionada anteriormente, é preenchida com a ~~datas~~ da referenciação para as instituições onde os utentes irão ser encaminhados. Na mesma folha são também assinaladas as datas associadas aos Ensino realizados.

Assim foi uma mais-valia articular com todos estes profissionais, bem como, conhecer todos os recursos da comunidade e sua articulação (Intra e extra Hospitalar) da área de abrangência do Hospital, dando especial relevo à Rede Nacional de Cuidados Continuados- ~~(Por visto~~ este recurso ser o único no qual ainda não tinha tido contacto como profissional). ~~F,~~ fiz a identificação de situações de maior complexidade e que be-

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

neficiam da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, mesmo, porque este tem um papel de relevo no encaminhamento das ~~AltaAltas~~ a na referenciação das mesmas ~~e, baseando-se realizei~~ no planeamento ~~dee~~ actividades tendo em vista o potencial de recuperação de cada pessoa, ~~assegurando a continuidade dos cuidados e potenciando~~ ~~potenciando desta forma~~ o sucesso ~~dna~~ reabilitação ~~e assegurando a continuidade dos cuidados de reabilitação~~ no após ~~AltaAlta~~.

- Analisar a prática através dos conhecimentos e das experiências adquiridas tendo como finalidade a tomada de decisão.

A consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de destreza técnica converteu-se em aperfeiçoamento no meu desempenho enquanto aluna. Adequar as minhas intervenções às necessidades daquela pessoa com aquela patologia, com aquele problema e naquele momento, constitui uma mais-valia. ~~Craig e Smyth (2004,p.28), afirmam que "a evidência actualizada e válida, com relevância directa para a situação em causa, necessita de ser integrada com outros factores intervenientes para maximizar a probabilidade de os resultados esperados serem atingidos."~~ Poder avaliar, por exemplo, que aquela pessoa que apresenta uma atelectasia melhorou a sua expansão pulmonar ou que houve progressos relacionados com a independência funcional devido à minha intervenção, foi de facto muito gratificante. Assim sendo, procurei continuamente aperfeiçoar o meu desempenho de modo a atingir os objectivos preconizados e desenvolver competências para prestar cuidados especializados de reabilitação, nomeadamente a pessoas com lesão vertebro medular de diferentes etiologias entre outras patologias, assim convergi a minha actuação para Cuidados de excelência, constituindo estes uma mais-valia para mim como pessoa, profissional e futura Enfermeira Especialista. ~~Como afirma Benner (2005,p. —) transmite a ideia que o poder de cuidar e o poder da excelência estão intimamente ligados precisando de os compreender, individualmente. " (...) precisamos de compreender e considerar bem o poder de cuidar e o poder da excelência."~~ No decurso desta formação fui alvo de mudança e evolução, isto só foi possível com a reflexão sobre a prática experienciada e a sua utilização para lidar com situações futuras, partilhando ~~esta reflexão-a~~ com os profissionais no mesmo contexto, para que juntos ~~nos~~ possamos envolver ~~nos~~ no processo de ~~mudança. Exigindomudança; exigindo~~ uma atitude crítica na forma de conceber cuidados, ~~reflectir-~~

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

indo sobre as práticas, quebrando rotinas e indo além de protocolos e. Desta forma fundamentando a minhas actuações ao longo do meu percurso de aprendizagem, percepcionando ao longo deste percurso, o "poder" que o enfermeiro de reabilitação tem na parceria do Cuidar.

O envolvimento da pessoa e cuidador informal, incentivando a parceria de cuidados, adoptando procedimentos de forma que a tomada de decisão seja comum, num processo que é por vezes demorado, mas que é essencial para a reabilitação, constituiu um encontro de máximo de aprendizagens e experiências que permitiram o meu crescimento pessoal e profissional. Segundo o estudo de Garrino *et al* (2011,p.73) "(...) dados indicam que aos pacientes a quem tinham sido dados suficientes oportunidades para adquirir conhecimentos e exercer a tomada de decisão, tornaram-se criticamente conscientes do seu potencial e com a capacidade de fazer bom uso dos serviços prestados." Estes afirmam ainda que "os doentes tinham necessidade de informação complexa, mas foram capazes de usar o estabelecimento de metas e as experiências vividas de outros doentes internados para programar as fases da sua própria recuperação."

A reflexão diária sobre a prática proporcionada pelo momento da passagem de ocorrências foi muito enriquecedor; estas constituem um momento que privilegia a orientação e o envolvimento dos elementos da equipa no programa de cuidados especializados de reabilitação e em conjunto promove a adequada preparação e planeamento da Alta tendo em vista o ensino às pessoas e ao seu cuidador informal. Promove também o trabalho em equipa incluindo a partilha de informação com os enfermeiros do serviço, as enfermeiras especialistas e a Enfermeira Chefe. Esta tem um papel fulcral constituindo um elo dinamizador no seio da equipa, estimulando o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, indo assim de encontro ao objectivo final que é a promoção da qualidade e continuidade dos cuidados.

A pesquisa contínua das evidências permitiram-me uma avaliação crítica sobre a minha prestação de cuidados e neste contexto aperfeiçoei técnicas relacionadas com a prática. A execução do Jornal Crítico de Aprendizagem Diário (APÊNDICE VI) e as reuniões reflexivas com os meus orientadores constituíram também uma mais-valia, pois permitiram-me reflectir sobre a prática diária no sentido de ir de encontro à qualidade dos cuidados prestados. Este proporcionou-me um momento único que proporcionaram-me a análise sobre a importância da equipa de

Formatada: Não Realce

saúde, tomando consciência da importância do Enfermeiro de Reabilitação nesta equipa e no Cuidar da Pessoa com LVM, deixaram-me também o sentimento que neste percurso académico, consegui planejar, executar e avaliar bons cuidados de Enfermagem de Reabilitação, tendo sempre presente que a pessoa é um ser singular e é mais que a soma das suas partes, indo assim ao encontro uma maior qualidade de vida desta pessoa e sua família. Desta forma, realizei um caminho evolutivo relacionado com a destreza da concepção dos cuidados especializados, reflectindo-se numa melhor gestão do conhecimento na tomada de decisão.

A partilha do ensino clínico com outros alunos de Reabilitação desta e de outras escolas, constituiu uma mais-valia para a partilha de conhecimentos, habilidades e promoção da reflexão em situações experienciadas, funcionando como um elemento facilitador do processo de integração e desenvolvimento da experiência formativa. Este Serviço também proporciona uma vez por semana reuniões de abordagem a assuntos pertinentes, discussão de trabalhos em contexto de trabalho e apresentações de trabalhos realizadas pelos alunos.

Baseando-me na optimização da prática sustentada na evidência, fundamentada pela análise crítica e autoconhecimento, objectivando como patamar máximo a excelência, ancorei a definição dos meus cuidados não de acordo com as minhas perspectivas, mas de acordo com a singularidade daquela pessoa que está à minha frente, nesta perspectiva tentei caminhar para os objectivos estabelecidos por aquela pessoa única, tendo como dever o elucidar dos caminhos e das metas a atingir para que esta possa escolher. Henderson (2007, p.10, p8), afirma que "(...) Porque não há duas pessoas iguais e cada pessoa interpreta as necessidades humanas de tal forma que cria um padrão singular." Pois, apesar de terem "(...) necessidade comuns (...) estas são satisfeitas por padrões de vida infinitamente variados. (...) "Henderson (2007, p.10). Desta forma, estabeleço as minhas intervenções para ir de encontro aquela pessoa que está a tentar elaborar o seu caminho, cabendo-me a parte da iluminação do percurso que vai sendo construído e definido pela própria pessoa. Hesbeen (2010, p. 55) afirma que "embora a reabilitação proceda de saberes e técnicas, é no espírito que a anima que encontra a sua energia inesgotável. Este espírito caracteriza-se pela atenção e pela acção, ambas particulares, dirigidas à pessoa, reconhecendo em absoluto a singularidade do seu ser."

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

A diversidade de experiências encontradas neste Serviço não foi a esperada, sendo a patologia cerebral tumoral e os Acidentes Vasculares Hemorrágicos as patologias mais frequentes, os traumatismos vertebro-medular e o crânio-encefálico são actualmente os menos frequentes no Serviço; ~~Esta realidade contribuiu como mais um fator positivo da minha aprendizagem. Como vou de seguida referir~~ esta conclusão reporta-se ao período da minha estadia no serviço e está fundamentada provavelmente pela época do ano em que nos encontramos. ~~+ Esta realidade contribuiu como mais um~~ fator ~~positivo da minha aprendizagem~~, indo de encontro a esta afirmação e tendo em conta a multiplicidade de utentes deste serviço, bem como, ~~os focos de enfermagem que lhe são implícitos~~ ~~os focos de enfermagem que lhe são implícitos~~, tive então a oportunidade de desenvolver o meu ~~cuidar~~ ~~trabalho~~ para além das patologias de LVM, prestando Cuidados de Enfermagem globais como enfermeira especialista de reabilitação a pessoas com TCE, LOE, AVC, hemorrágicos, etc. O que exigiu, mais uma vez, uma pesquisa bibliográfica com a integração de conhecimentos e mobilização dos mesmos das diferentes unidades curriculares. Assim, este investimento ~~integrou-se como~~ uma mais-valia no meu processo de aprendizagem e, ~~designadamente~~, no meu percurso enquanto futura enfermeira de reabilitação, indo assim de encontro a aquisição de outras competências relacionadas com a ~~Enfermagem de R~~ ~~reabilitação~~.

Realizar intervenções de enfermagem para pessoas com alterações neurológicas não é fácil e por isso a estimulação cognitiva assume um papel principal, ~~esta~~ desempenh~~ando~~ um ~~elo~~ ~~papel~~ fundamental no Processo de reabilitação e ~~nade~~ preparação do utente e ~~família~~ ~~Família~~ para a ~~Alta~~ ~~Alta~~. O progresso é por vezes demorado e aí a Reabilitação assume um papel de constante desafio tendo em vista o longo processo de reabilitação que nunca pode ser visto como estando terminado.

~~4- Este Estágio Com e tendo com base os objectivos preconizados, contribuiu para~~ ~~aquisição de competências especializadas comuns com domínios: da responsabilidade~~ ~~profissional, ética e legal; da melhoria da qualidade e da gestão de cuidados e específi-~~ ~~cas relacionadas com o cuidar de pessoas com necessidades especiais; o capacita-las~~ ~~para a participação e com a maximização das suas funcionalidades. Assim e tendo~~ ~~como foco de atenção a pessoa com LVM/ Família e a preparação para a Alta, concebi~~ ~~planos de cuidados, implementei-os e avaliei os resultados, o conhecimento da dinâmi-~~ ~~ca organizacional do local de estágio prestando cuidados de Enfermagem Especializa-~~ ~~dos em Reabilitação à pessoa com LVM e à família, perspectivando e preparando as~~

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Texto espec, Sem marcas nem numeração

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

para a Alta, tendo em mente todo o encaminhamento e reintegração social, enquadrando o papel do Enfermeiro de Reabilitação ??? as competências preconizadas ??? quer a nível da responsabilidade ética e legal, da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e domínio da gestão de cuidados quer a nível das competências específicas avaliando a funcionalidade e a nível da ??? de Planos de intervenção com a devida implementação das intervenções planeadas com avaliação de resultados implementados tendo em perspectiva constante como meta os treino das AVD(s), para promoverendo a autonomia e mobilidade e a qualidade como a mobilidade e consequentemente, acessibilidade e participação social e aumento da qualidade de Vida.

- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Tipo de letra: Negrito, Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Não Realce
- Formatada: Tipo de letra: 14 pt
- Formatada: Capit espec, Numeração destacada + Nível: 1 + Estilo de numeração: 1, 2, 3, ... + Iniciar em: 1 + Alinhamento: À esquerda + Alinhado a: 0 cm + Avanço: 0,76 cm
- Formatada: Tipo de letra: 14 pt

74 QUESTÕES ÉTICAS

Quando as intervenções de enfermagem saem fora do alcance do processo terapêutico e tendo em vista a confrontação com a Etapa Final da Vida do processo de vida, determinam as intervenções do enfermeiro saindo fora do alcance processo terapêutico. Para Segundo Benner (2005, p.74), “a enfermeira deve ser capaz de ultrapassar o estado de espírito habitual que consiste em «agir para» e em «curar» a doente. Em vez disso, deve contribuir para fazer sentir à doente que ela é uma pessoa por inteiro com tudo o que isso subentende de respeito pela sua dignidade.”

Prestar Cuidados de Reabilitação Paliativos à pessoa com LVM foi também outra oportunidade que este Estágio me proporcionou. O conceito de Morte não só está ligado ao parar de respirar, como também mas não só, este está intimamente ligado com a afeição. É o romper de laços de amor e apego às coisas que se gosta. O caminho é construído pelo próprio e sua família, não pode ser vivido nem atravessado por mais ninguém. Nesta altura vai haver uma confrontação do pós-vida, então é necessário perceber e investigar as convicções filosóficas e/ou religiosas para se ir de encontro a uma limitação maior: o fim «desta» vida. O Papel do Enfermeiro de Reabilitação é concentrado em questões Éticas, e as suas preocupações centram-se no atribuir de conforto e bem-estar imediato ajudando aquela pessoa a viver o melhor possível na sua última doença (o desconforto promovido tem que ser muito ponderado e tem que ir de encontro a um grande benefício) e no controlar dos sintomas indesejados, a terapêutica analgésica tem uma abordagem global, no suprimir da Dor e no reduzir do desconforto. É de salientar que a Dor não constituiu uma limitação à minha intervenção mas traduziu-se sim um foco da minha atenção. Desta forma a Reabilitação toma aqui um conceito mais abrangente que ultrapassa a adaptação e a recuperação de uma desvantagem, tem como objectivo principal uma actividade humana que se encontra presente em todo o processo de vida, determinando a dimensão do seu cuidar no significado das suas acções, colocando a dedicação e a humanidade para além da técnica. Segundo Watson (2002, p. —), o processo de cuidar afecta mais fortemente a pessoa “quanto mais individualizados são os sentimentos que o enfermeiro transmite, mais fortemente o processo de cuidar afecta o receptor.” Também para Hesbeen (2010, p.135), “A prática da reabilitação, para além das técnicas, requer pessoas, atores e profissionais de saúde aos quais se pede, sobretudo, a qualidade de criar um bom relaciona-

Formatada: Avanço: Esquerda: 0 cm

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Cor do tipo de letra: Vermelho, Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Cor do tipo de letra: Vermelho, Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

mento com os outros; aquela qualidade humana que proporciona um clima verdadeiramente humanizado.” Para Henderson (2007, p.6) a enfermeira “(...) está na melhor posição para ajudar o doente a manter-se na “corrente da vida”, a lidar com limitações, ou a morrer com dignidade quando a morte é inevitável.”

Eu prestadora de cuidados de enfermagem à Pessoa, ao longo do seu ciclo de vida e como futura Enfermeira Especialista de Reabilitação, percepciono a necessidade de conhecer os recursos da comunidade e sua articulação de forma a encaminhar as pessoas que estão ao meu cuidado, sob a qualquer condição tendo em vista a sua reinserção social. Como refere o *Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros* no seu artigo 81, p. (Dos valores Humanos), alínea d) “Salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social”. Com base nesta alínea a OE acrescenta “ é dever do enfermeiro ajudar a procurar o caminho da autonomia e fomentar uma longevidade com qualidade de vida (...)”; Gostaria ainda de referir o artigo 84, p. (Do dever de informação) em todas as suas alíneas. Na edição comentada do *Código Deontológico* é referido o seguinte:

“A informação é clarificada no que respeita ao âmbito da mesma - cuidados de enfermagem -, não havendo dúvidas quanto ao conteúdo da informação; (...) é fundamentada no respeito pela autonomia que pressupõe o consentimento. (...) Os enfermeiros estão também obrigados a atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo (...) e precisamos de saber da existência e das mobilizações de recursos à nossa volta, na organização e/ou na comunidade.” (OE, 2005, p.109-113)

O enfermeiro de reabilitação também deverá conhecer a legislação existente que protege as pessoas às quais presta os seus cuidados (Lei nº38/2004 de 18 de Agosto). Pois como refere Garrino et al (2011, p.74), “Os doentes exigem cuidados e assistência completa, consistente com seu objectivo final de retornar a uma vida digna de ser vivida.”

Posso então salientar que este estágio promoveu uma análise fundamentada sobre a prestação de cuidados especializados e a uma reflexão sobre os mesmos com toda a componente ética que esta reflexão inclui.

Formatada: Não Realce

Formatada: Tipo de letra: Itálico

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Tipo de letra: Itálico

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Avanço: Esquerda: 0,75 cm, Primeira linha: 0 cm

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 12 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Não Realce

Formatada: Tipo de letra: Itálico, Não Realce

Formatada: Não Realce

85 QUESTÕES EMERGENTES

Para se poder alcançar a certificação de novas competências, os novos conhecimentos tem que ser baseados em atitudes reflectidas e fundamentadas, estes implicam nas práticas através do aperfeiçoamento e aquisição de novos procedimentos. Os saberes dados pelo conhecimento e pela experiência traduzem-se em práticas fundamentadas na evidência. Dado exercer funções num serviço de urgência geral e a afluência ser elevada o que pode antever uma difícil execução de Prestação de Cuidados de Enfermagem, salienta-se toda a motivação e o esforço executado pela equipa na prestação dos mesmos, investindo na formação e qualificação preocupando-se com uma actualização técnico-científica permanente objectivando assim a qualidade dos cuidados prestados. No meu serviço, já existem vários Enfermeiros Especialistas e alguns Enfermeiros Especialistas em Reabilitação. A minha certificação de competências e a aquisição de um variado número de aprendizagens, pode constituir uma oportunidade de reavaliação das necessidades do Serviço, perspectivando desta forma, a rentabilização dos recursos existentes e efectivar um plano de execução quer a nível da formação, quer a nível da prestação de cuidados, criando um grupo de referência para a prestação de cuidados especializados e implementando planos de acção, para que as intervenções precoces potenciem o sucesso da reabilitação, melhorando o seu prognóstico e diminuindo os custos, quer por internamentos prolongados, quer por reinternamentos. É claro que esta situação envolveria algumas mudanças e seria de antever alguma resistência à mesma, no entanto, é necessário vontade e aferir estratégias para que esta mudança possa beneficiar todos.

Houve uma necessidade de redefinir um dos meus objectivos propostos em projecto, “Elaborar um plano de treino para as AVD(s) minimizando incapacidades, potenciando a autonomia aos doentes com LVM no Serviço de Neurocirurgia”. Que acabou por ser atingido com a realização de um panfleto com o título “Como ajudar o seu familiar paraplégico ou tetraplégico a ser independente “este foi realizado com o intuito de perpetuação dos treinos das AVD(s) no domicílio e de ir de encontro à continuidade de cuidados para promover uma maior independência e envolvimento familiar aquando a AltaAlta.

A Avaliação da Independência Funcional (MIF), como disse anteriormente está a ser implementada e trabalhada pelo Serviço, no sentido de torná-la mais objectiva e

com uma interpretação mais uniformizada. Esta classificação, principalmente no que se refere as categorias e dimensões dos itens sem ajuda, torna-se muito dúbia pela atribuição de percentagens. Com o intuito de se conseguir uniformizar as avaliações de forma a serem o mais exactas possíveis, tendo em vista uma planificação de cuidados mais precisa e identificação criteriosa da nova intervenção indo assim desta forma de encontro à qualidade de cuidados, o serviço pediu a colaboração aos alunos de enfermagem de reabilitação para desdobrarem os critérios de avaliação de forma a torna-los o mais exactos possíveis. Colmatando desta forma a necessidade sentida pelo Serviço. Tendo em vista esta situação realizei para o Serviço de Neurocirurgia, um trabalho relacionado com a MIF que consta na subdivisão das tarefas da transferência (cama / cadeira de rodas, cadeira de rodas / cadeira higiénica) (APÊNDICE VII)

Através concepção de um dos três planos de cuidados (APÊNDICE VII) realizados em Estágio, elaborei um estudo de caso com apresentação *a posteriori* aos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação do serviço sob a forma de Apresentação digital.

Para colmatar algumas necessidades e interesses senti necessidade de realizar algumas formações durante este período. Fui assistir a uma formação numas jornadas de neurocirurgia no Hospital onde uma das prelectoras foi a minha orientadora e a temática foi a pessoa com Lesão Vertebral Medular em todo o seu contexto. Embora não tivesse ouvido nada de novo, esta Acção de Formação contribuiu para consolidar ideias.

-Assisti também a uma apresentação de uma aluna de reabilitação que tinha terminado o Estágio sobre um estudo de caso que eu dei continuidade, este estava reportado a uma fase ainda de muita instabilidade respiratória (primeiro mês de internamento de uma pessoa com Traumatismo Vertebral Medular), reportando-se o meu do segundo mês de internamento até a inda para Alcoitão. Esta apresentação deu-me a perspectiva de todo o trajecto realizado antes da minha chegada, no sentido de poder continuar com as intervenções de Enfermagem na área de Reabilitação. Deu-me também a percepção total do que ainda há para investir nessa pessoa e qual a sua potencialidade, mesmo sem esta ter conseguido ultrapassar a Fase de Instabilidade Respiratória. Consegui ainda ter a noção de toda a sua evolução a nível dos Membros Superiores: força, sensibilidade, tônus, amplitude articular, coordenação motora e motricidade Fina, chegando às seguintes conclusões, tinha havido um aumento da força muscular nos Membros Superiores (Aplicação de escalas próprias);Aumento da motricidade Fina e coor-

denação motora nas mãos (Oponência do polegar); Aumento da amplitude articular do ombro (aumento do ângulo articular à mobilização).

Tive também a oportunidade de ir ao encontro Internacional de Enfermagem de Reabilitação (certificado— ANEXO VI) e assistir a temáticas muito interessantes. No entanto, tive que fazer uma triagem das temáticas para ir de encontro ao meu Projecto e objectivos de Estágio estabelecidos e necessidades pessoais enquanto futura Enfermeira Especialista de Reabilitação. Só tive pena de não conseguir assistir ao Workshop da Reabilitação Cognitiva, embora não se enquadrando na temática estudada, suscita-me curiosidade e interesse.

As temáticas centrais normalmente eram acompanhadas de comunicações livres e Workshop a decorrerem em simultâneo, a minha escolha nos Workshops foi para as seguintes temáticas: Bandas Neuromusculares (indicações e como se utilizam – Método Kinesiotaping); Cinesiterapia respiratória Avançada (baseado no Treino de Fortificação Muscular) e por último e por se enquadrar no meu projecto; Actividades de Vida Diárias. A primeira temática foi escolhida essencialmente pela curiosidade e pelo desconhecimento desta prática apreendi que as Bandas Neuromusculares têm várias aplicações: musculares, linfáticas, para ligamentos, tendões e correcções mecânicas, a tensão das bandas têm várias percentagens e métodos de aplicação mediante o alvo e o objectivo terapêutico dos mesmos. O segundo *workshop* foi escolhido pela curiosidade da palavra “Avançada”, tendo-me questionado, como é que a Cinesiterapia respiratória podia ser avançada? O termo avançada, foi utilizado porque os utentes deste programa já dominavam a consciencialização e controle da respiração e os exercícios realizados eram exercícios de readaptação ao esforço, tendo como intuito a integração da pessoa nas suas AVD(s). Os utentes eram sujeitos primeiramente a uma avaliação, e depois é que iniciavam os treinos, ex.: marcha, bicicleta, pesos, etc., onde a dispneia e fadiga eram permanentemente monitorizados. A última temática, O Treino das AVD(s) foi escolhida por se enquadrar no meu projecto, e os principais temas foram a Transferências e o vestir e despir.

Existiram muitas temáticas interessantes, nomeadamente: Terapia pelo movimento de úlceras das pernas; Os benefícios da reabilitação cardíaca; Os benefícios do humor como Intervenção da Enfermagem de Reabilitação; Avaliação Directa em Plataforma de Força do equilíbrio estático de idosos entre outras. Gostaria também de salientar a

temática apresentada pela minha orientadora de Estágio: “Ganhos de independência funcional em Doentes Neurocirúrgicos”. A temática apresentada enquadra o Serviço de Neurocirurgia, realçando e relevando todo o trabalho do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no mesmo. Esta mencionou as patologias mais frequentes no Serviço e o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na triagem orientadora, objectiva e quantitativa de avaliação das pessoas durante o internamento e a [AltaAlta](#), realçando os ganhos funcionais dessa triagem e avaliação, sendo a MIF o instrumento imprescindível da avaliação. Posso então concluir que esta experiência foi muito positiva, pois tive contacto com temáticas muito interessantes, detive a percepção do relevo da intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Especificidade das várias patologias e tomei contacto com outras realidades relacionadas com a Enfermagem de Reabilitação tais como: A Enfermagem de Reabilitação no Brasil e a Associação Americana dos Enfermeiros de Reabilitação, assim este Congresso constituiu um enriquecimento de conhecimentos no que diz respeito à Enfermagem de Reabilitação.

Para terminar o Estágio, senti necessidade de efectuar um Curso de formação na área da Massagem (certificado ANEXO VI), onde as temáticas abordadas foram as seguintes: Diminuir o tempo de recuperação de lesões musculares e tendinosas; Melhorar a circulação venosa; Reduzir o stress emocional e físico; Reduzir dores musculares; Prevenir atrofias musculares; Prevenir distensões, luxações e outras. Dada esta temática não ter sido abordada no Curso da Especialidade, considerei pertinente concluir esta aprendizagem com a execução deste curso.

Gostaria também de referir que tive oportunidade de observar e colaborar com a minha orientadora no desempenho das actividades controle de infecção optimizando os procedimentos relacionadas com a prevenção e controle da infecção.

~~Entendo que os objectivos por mim propostos em projecto foram atingidos de uma forma muito satisfatória (avaliação qualitativa — anexo VII), envolvi-me e procurei novas aprendizagens pesquisando respostas continuas às necessidades sentidas construindo assim um saber especializado. No decorrer deste Estágio e como futura Enfermeira de Reabilitação procurei o mobilizar constante destes mesmos Saberes e experiências para melhor responder às necessidades da Pessoa e seu cuidador. Intervim de uma forma abrangente em diferentes áreas de actuação da enfermagem de reabilitação como: a reeducação funcional motora; a reeducação funcional respiratória, a reeducação vesical e intestinal; os autocuidados; a estimulação cognitiva; e o ensino à família, de-~~

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

sempenhando esta um papel fundamental em todo o processo de reabilitação na preparação do utente e família para a alta no sentido de promover a adopção de estratégias adaptativas, procurando adaptá-los ao seu contexto de vida, proporcionando-lhes assim uma maior qualidade e ajudando-lhes a iniciar nos seu longos processos de transição que tomam o seu início no Hospital.

Ao longo do Estágio, surgiram algumas dificuldades que considero normais provindos destes percursos académicos, estas surgiram por apreçamento de novos casos que implicaram novos (re)investimentos agregados a novas pesquisas. Como referido anteriormente, a pesquisa do saber é um acto contínuo, actualizado e reflectido, como tal utilizei várias estratégias por forma a ultrapassar algumas as dificuldades sentidas, das quais, no contexto de novas situações de aprendizagem, de entre estas destaco: a pesquisa bibliográfica; a utilização utilizando do conhecimento teórico e experienciado para reflectir sobre as situações vivenciadas; a execução do jornal crítico de aprendizagem; a realização dos Planos de Cuidados; a realização do Estudo de Caso; a recolha e a troca de experiências com os enfermeiros de Reabilitação do Serviço e outros profissionais de saúde; a auscultação e o seguir de conselhos da minha orientadora de e Estágio e a utilizando a partilha de conhecimentos com outros alunos de Reabilitação. Todas estas estratégias permitiram-me reflectir de forma sistemática sobre as Práticas experienciadas. A execução deste relatório também constituiu um momento oportuno na minha reflexão e serviu de marco para o finalizar de todo o percurso e o iniciar de outro. Este documento e as suas reflexões convertem-se no meu modesto contributo para o desenvolvimento da Enfermagem na área de Reabilitação.

Este foi um excelente campo de aprendizagem de práticas especializadas com tal proporcionou-me o desenvolvimento de competências que se enquadram no conjunto de competências do segundo ciclo de estudos de Bolonha, de enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista de reabilitação.

A inovação tecnológica prevê novos conhecimentos e a aprendizagem, tem como sustentação saberes (teóricos e experienciais) e reflexões sistemáticas dos mesmos, como tal é necessário questionar a natureza dos saberes mobilizados de acordo com cada contexto singular da prática. Como tal e para conceptualizar estes cuidados, concebi e implementei Planos de Cuidados com a avaliação de resultados ??? suportando um projecto que se efectivou na prática e se concluiu com a aquisição de competências especializadas, contribuindo deste modo para o desenvolvimento da Enfermagem nes-

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

Formatada: Não Realce

ta área de especialidade. Aproveitando este momento da realização do relatório para mais uma vez reflectir sobre a prática.

Entendo que os objectivos por mim propostos em Projecto foram atingidos de uma forma muito satisfatória (avaliação qualitativa ANEXO VII). Ao longo deste processo de aprendizagem estabeleci um envolvimento e procurei novas aprendizagens pesquisando respostas contínuas às necessidades sentidas, construindo assim um saber especializado. No decorrer deste Estágio e como futura Enfermeira de Reabilitação procurei o mobilizar constante destes mesmos Saberes e experiências para melhor responder às necessidades da Pessoa e seu cuidador. Intervim de uma forma abrangente em diferentes áreas de actuação da enfermagem de reabilitação como: a reeducação funcional motora; a reeducação funcional respiratória, a reeducação vesical e intestinal; os autocuidados; a estimulação cognitiva e o ensino à Família. Esta desempenha um papel fundamental em todo o processo de reabilitação, constituindo um contributo tanto na preparação do utente para a Alta como na colaboração e adopção de estratégias adaptativas, no sentido de as adequar ao novo contexto de vida do seu familiar, perspectivando assim um aumento da qualidade de vida e apoiando o familiar no longo processo de transição que toma o seu início no Hospital.

Este foi um excelente campo de aprendizagem de saberes e práticas especializadas que me proporcionou o desenvolvimento de competências enquadradas no conjunto de competências do segundo ciclo de estudos de Bolonha, de enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista de reabilitação que tenciono enquadrá-las na minha realidade profissional.

96 CONCLUSÃO

Agora na última fase da desta minha aprendizagem considero que não estou no fim, mas apenas no início de um longo e contínuo processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto pessoa e profissional. Acredito o nde que todo o desempenho constituirá um contributo para o desempenho futuro e será adicionado a uma constante evolução inextinguível.

Este Estágio foi por excelência, um momento de formação, pois permitiu utilizar, mobilizar, ampliar e consolidar os conhecimentos teórico-práticos aprendidos em contexto escolar e desenvolver competências técnico-científicas, relacionais, educativas, e reflexivas, indispensáveis para a prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação.

Esta experiência não só me deu competências para prestar cuidados de reabilitação, como contribuiu com uma experiência grandiosa enquanto Pessoa e Enfermeira, no sentido de ter dado o meu contributo aquelas pessoas e família Famílias para iniciarem os seus longos o processos de transição, as quais estiveram ao meu cuidado e eu prestei o meu cuidar tendo sempre em vista as suas independências, enquadradas nas suas família Famílias, nas comunidades e na sociedade. Hesbeen refere que: Como afirma Hesbeen (2010,p.54)

“a A reabilitação combina uma disciplina e um espírito cuja intenção é trabalhar para
que as pessoas e as populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade,
se tornem o mais independentes possível perante as situações que encontram ou que irão
encontrar no quotidiano, evitando que o peso da existência, devido às suas particularidade,
se torne demasiado difícil de suportar.” (...) “é sua missão dar mais vida ao tempo que
passa.” Hesbeen (2010,p.54)

Este documento reúne uma descrição das actividades desenvolvidas durante esta última parte do meu percurso escolar que se conclui com a execução deste relatório de estágio. O percurso realizado decorreu sem intercorrências e os objectivos foram atingidos ao longo do estágio de acordo com os tempos por mim definidos. No entanto, nesta fase final reflecto sobre as condicionantes da minha aprendizagem, estando a minha maior dificuldade associada ao facto de ser trabalhadora-estudante e o cansaço acumulado ao longo destes vários meses constituir um peso enorme na minha estrutura física e emocional. Estas dificuldades só foram ultrapassadas por ter havido uma concentração das energias em prol de uma causa maior e pela sustentação na deter-

Formatada: Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Avanço: Esquerda: 0,75 cm

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

Formatada: Não Realce

Formatada: Tipo de letra: 11 pt

minação e na motivação em adquirir competências numa área tão peculiar e gratificante como é a da Enfermagem de Reabilitação.

Este local de estágio revelou-se numa riqueza em aprendizagens sustentadas nas características específicas do próprio Serviço, capacidades pedagógicas e científicas, onde a formação e as práticas reflexivas preenchem um papel de destaque e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação ocupam um lugar bem definido. Pude também constatar que toda a equipa está unida na promoção de um ambiente seguro de repouso entre outras, indo assim de encontro às necessidades básicas defendidas por Virginia Henderson e de encontro a qualidade dos cuidados prestados aquelas Pessoas que tem características individuais e singulares.

Gostaria de aprofundar a minha prática baseada na experiência que vivenciei e desenvolvi, relacionada com o envolvimento da ~~família~~Família no acto de cuidar, e sugerir a realização e execução de um projecto onde o valor terapêutico acrescido contribuiria para estimulação e motivação de quem presta e recebe os cuidados, adquirindo este desempenho um papel fundamental no processo de reabilitação e na preparação destas ~~família~~Famílias para a ~~alta~~Alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abivem, M. (2001). *Para Uma Morte Mais Humana - Experiência de uma Unidade Hospital*. Loures: Lusociência.
- Abreu, E. P., & Ramos, S. I. (23 de setembro de 2007). *O regresso a casa do doente vértebro-medular: O papel do cuidador informal*. Obtido em 28 de abril de 2011, de Psicologia.com.pt: www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0366.pdf
- Amaral, M. T. (2009). Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão vertebro medular. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(3), 573-580. São Paulo.
- Andrade. (Abril de 2011). Apontamentos das aulas da UC Reabilitação II.
- Andrade, M. J., & et al. (2007). Lesão medular traumática: recuperação neurológica e funcional. *Acta Médica Portuguesa*, 40, pp. 401-406.
- Apontamentos da UC fundamentos de Enfermagem. (s.d.). Apontamentos da UC fundamentos de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem da Guarda.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Braverman, J. M. (2006). *Airway Clearance Needs in Spinal Cord Injury: Hill - Rom*. Estados Unidos da América: Row-Hill.
- Bruni, D. S., Gumieiro, M., Strazzieri, K., Giovanazzi, R., Sá, V., & Faro, A. (2004). Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. (E. d. USP, Ed.) *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 38, pp. 71-79.
- Carvalho, S., & et al. (1996). Lesão medular e a resposta psicológica: resultados preliminares. (Consiliar, Ed.) *Rev-Psiquiatr-Consiliar-Ligação*, 2, nº1.
- Carvalho, S., & MJ Andrade, A. T. (nº1 de vol2 de 1996). Lesão Medular e reposta psicológica: resultados preliminares. *Revista Psiquiatria Consiliar ligação*, pp. 35-40.
- Carvalho, Z. d. (2004). O cuidado de Enfermagem Dirigido a Pessoas com Lesão Vértebro Medular. *Interações*, 6, pp. 175-183.
- Centro de Ciências da Saúde e do Esporte. (Julho de 2011). *ANATOMIA MACROSCÓPICA DA MEDULA*. Obtido em Julho de 2011, de Centro de Ciências da Saúde e do Esporte- Universidade do estado de Santa Catarina: http://www.cefid.udesc.br/laboratorios/anatomia/neuroanatomia/3_Medula_espinhal.pdf
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: LIDEL.

Formatada: Tipo de letra: Não Negrito

- Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dawodu, S. T. (4 de Abril de 2011). *Spinal Cord Injury - Definition, Epidemiology, Pathophysiology*. Obtido em 11 de Maio de 2011, de Medscape reference: <http://emedicine.medscape.com/article/322480-overview>
- Defino, H. L. (Out./Dez de 1999). Trauma raquimedular. (F. d. Preto, Ed.) *Simpósio de Medicina*, 32(capítulo II), pp. 388-400.
- Direcção geral dos Hospitais. (21 de Fevereiro de 1990). Circular normativa nº5/90. *Diário da República*. Portugal.
- Eltorai, I. M. (2003). *Spinal Cord Medicine - Principles and practices (introduction)*. New York: Demos Medical Publishing.
- Faria, F. (Fevereiro de 2006). Lesões vértebro-medulares - A perspectiva da reabilitação . (S. P. Pneumologia, Ed.) *Revista portuguesa de Pneumologia*, XII(nº1 (suplemento 1)), pp. s45-s53.
- Faro, A. C. (outubro de 1998). Assistência ao binómio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. (E. d. Paulo, Ed.) *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(4), pp. 67-73.
- Faro, A. C. (Novembro de 2003). A reabilitação da pessoa com lesão Medular: tendências da investigação no Brasil. (U. d. Murcia, Ed.) *Enfermería Global*, pp. 1-6.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Garrino, L., & et Al. (January; de 2011). Towards personalized care for persons with spinal cord injury: a study on patients' perceptions. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 34(1), pp. 67-75.
- Greenberg, M. S. (2003). *Manual de Neurocirurgia* (5 ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2010). *Criar novos caminhos - A Reabilitação*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnico e Científicas Lda.
- Infopedia. (s.d.). Obtido em 20 de 05 de 2011, de Infopédia dicionários online: www.infopedia.pt
- Leite, V., & Faro, A. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. (E. S. Paulo, Ed.) *Revista Escola Superior de Enfermagem USP*, 39(1), pp. 92-96.
- Limão, m., & al, e. (s.d.). *A Intervenção da Comunidade no Indivíduo com Lesão Vertebro-Medular*. Obtido em 15 de Maio de 2011, de <http://fisioterapia.no.sapo.pt/fisio10.htm>
- Martins, F., & et al. (nº 21 de vol.6 de 1999). Epidemiologia e tratamento vértebro-medulares: avaliação na região Centro. (S. d. Reabilitação , Ed.) *Arquivos de Fisioterapia*, pp. 5-26.

- Meleis, A. I., & et al. (Setembro de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, pp. 12-28.
- Neves, M., Mello, M. P., Antoniolli, R. d., & Freitas, M. R. (2007). Escalas clínicas e funcionais no gerenciamento de indivíduos com Lesões Traumáticas da Medula Espinhal. *Revista de Neurociência*, 15/3, pp. 234-239.
- NSCISC, N. S. (Fevereiro de 2011). *LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL Datos y Cifras a la Vista*. Obtido em 15 de Maio de 2011, de Centro de Estadísticas Nacionales de Lesiones de Médula Espinal: https://www.nscisc.uab.edu/public_content/fact_figures_docs/FactsFeb2011%20Spanish%20Final.pdf
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). *Guia da Boa Prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro medular* (Vol. número 2). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, S. G. (2010). Qualidade de vida de Pacientes com disfunções vesicoesfincterianas em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. *Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo, Brasil.
- Reabilitação, O. d.-C. (2009). *Guia da Boa Prática de cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- s.a. (2011). *Inclusão Social*. Obtido em 11 de Maio de 2011, de A deficiência: <http://www.deficiencia.no.comunidades.net/index.php?pagina=1177118084>
- s.a Wikipédia. (11 de Julho de 2011). *reflexo*. Obtido em 11 de Julho de 2011, de Wikipédia: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Reflexo>
- s.a. (sem data). *Rehabilitation Measures Database*. Obtido em 15 de 11 de 2011, de Rehabilitation Measures Database: <http://www.rehabmeasures.org/default.aspx>
- Sá, E. D. (1992). Interrogando a Deficiência: Sob o Impacto da Diferença. *Revista Insight-Psicoterapia, ano III*, pp. p 24-5.
- Santos, J. (Junho de 2011). Apontamentos das aulas de Opção II.
- Schulz, R., & et al. (2009). Improving the Quality of Life of Caregivers of Persons With Spinal. (A. P. Association, Ed.) *Rehabilitation Psychology*, 54(1), pp. 1-15.
- Stryker, R. P. (1977). *Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing care*. Philadelphia: Saunders .

Umphred, D. A. (2009). *Reabilitação neurológica, 5ª edição*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.

Vaz, I. M., & Mira Coelho, M. (Julho de 2010). A Sexualidade e a Lesão Vertebro-Medular. (A. P. Urologia, Ed.) *Acta Urológica*, 27(2), pp. 49-59.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Winslow, C., Bode, R., Felton, D., & Meyer Jr., P. (may de 2002). Impact of respiratory complications on length of stay and Hospital Costs in acute cervical spine injury. *Chest*, 121 (5), pp. 1548-1554.

Formatada: Texto espec

ANEXOS

Formatada: Texto espec

ANEXO I – Tabela de esperança de vida consoante a idade e a localização da lesão

Formatada: Texto espec

Formatada: Texto espec

ANEXO II – Descrição e análise do cargo de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Neurocirurgia

Formatada: Texto espec

Formatada: Texto espec

ANEXO III – Folha de monitorização de AltaAltas do Sserviço de Neurocirurgia

Formatada: Texto espec

ANEXO IV Escalas

Avaliação da sensibilidade e função motora

Escala de Asia³

O **exame da sensibilidade** é realizada por meio da avaliação da sensibilidade táctil e dolorosa, pesquisada nos 28 dermatómos de ambos os lados, atribuindo-se uma avaliação numérica de acordo com a seguinte escala: 0 – ausente, 1 – alterada, 2 – normal e NT (não testada), quando por qualquer motivo, a avaliação do dermatomo não puder ser avaliada. O esfíncter anal externo deve ser também examinado por meio da introdução do dedo do examinador no orifício anal, com a finalidade de determinar se a lesão é completa ou incompleta, (sensibilidade presente-sim, ou ausente-não).

A **avaliação da função motora** é realizada à direita e à esquerda nos músculos, denominados de “músculos chave” em 10 pares de miótomos, utilizando a escala de avaliação da força muscular (escala de Lower), já descrita anteriormente. Os músculos seleccionados para a avaliação e os níveis neurológicos correspondentes são:

C5 – flexores do cotovelo
C6 – extensores do punho
C7 – extensores do cotovelo
C8 – flexores do dedo
D1 – abdutores (dedo mínimo)
L2 – flexores da coxa
L3 – extensores do joelho
L4 – dorsiflexores da tibiotársica
L5 – extensores longos dos dedos do pé
S1 – flexores plantares do tornozelo.

Adicionalmente ao exame dos 10 pares de miótomos mencionados, o esfíncter anal deve ser também examinado para se avaliar a sua capacidade de contracção voluntária (sim ou não), que auxilia na diferenciação da lesão incompleta ou completa.

A aplicação desta escala tem grande aceitação a nível mundial, permite uma avaliação e classificação padronizada, é importante a pessoa estar acordada e colaborante para permitir uma avaliação e classificação o mais correcta possível

	Motor		Sensibilidade Táctil		Sensibilidade Dolorosa	
	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.
C2						
C3						
C4						
C5						
C6						

³ Adaptado do sítio ASIA (Spinal cord Injury Association) <http://www.asia-spinalinjury.org/>

C7						
C8						
D1						
D2						
D3						
D4						
D5						
D6						
D7						
D8						
D9						
D10						
D11						
D12						
L1						
L2						
L3						
L4						
L5						
S1						
S2						
S3						
S4						
S5						
TOTAIS						

Escala de avaliação do tônus muscular.

Escala de Ashword modificada⁴

A espasticidade é resistência encontrada ao movimento passivo dos músculos em repouso e segundo a escala de Ashword modificada é zero(0), o tonus muscular é normal.

Espasticidade

Escala de Ashword modificada	Data
0 - Tônus muscular normal	
1 - Leve aumento do tônus, manifestado por tensão momentânea ou por mínima resistência no final da amplitude do movimento, quando a região afectada é movida em flexão ou extensão.	
1+ - Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguido de resistência mínima em menos da amplitude do movimento restante.	
2 - Aumento mais marcante do tônus muscular durante a maior parte da amplitude do movimento, mas a região afectada é movida facilmente.	
3 - Considerável aumento do tônus muscular. O movimento passivo é fácil.	
4 - Parte rígida em flexão ou extensão	

Hipotonia

Avaliação do Tônus Muscular	Data			
	MSD	MSE	MID	MIE
Hipotónico/flácido				
Normal				
Hipertónico/espasticidade				
Hipertónico/rigidez				

⁴ Adaptado a partir de do sítio Rehabilitation Measures Database, de <http://www.rehabmeasures.org/default.aspx>

Avaliação da força e amplitude muscular.

Escala avaliação da força muscular⁵

A avaliação da força muscular ou avaliação motora, é classificada a força de cada músculo, utilizando a escala de Lower (0 a 5); 0: paralisia total; 1: contração isométrica; 2: movimento activo na amplitude total com eliminação da gravidade; 3: movimento activo em toda a amplitude contra a gravidade; 4: movimento activo em toda a amplitude contra resistência moderada; 5: movimento activo em toda a amplitude total contra resistência completa.

Na avaliação da amplitude articular utiliza-se um goniómetro para quantificar a amplitude da articulação e determinar se a amplitude está diminuída (D), normal (N) ou aumentada (A).

	Amplitude	Força Muscular
	Data	Data
MEMBROS SUPERIORES		
Ombros		
Cotovelos		
Punhos		
Mãos		
MEMBROS INFERIORES		
Ancas		
Joelhos		
Tornozelos		
Pés		

⁵ Adaptado das Aulas do Curso de Mestrado

Avaliação da função nos autocuidados e da cognição.

Medida de Independência funcional (MIF)⁶

A MIF tem dezoito itens organizados sob seis categorias de função: auto cuidado, controlo dos esfíncteres intestinal e vesical, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. A cotação máxima de cada item é de 7 pontos e a mínima é de 1 ponto. O total varia entre 126 e 18 pontos.

Medida de Independência Funcional		Data
Autocuidado	Alimentação	
	Higiene pessoal	
	Banho	
	Vestir ½ superior	
	Vestir ½ inferior	
	Uso da sanita	
Controlo de esfíncteres	Bexiga	
	Intestino	
Transferências	Cama, Cadeira, Cadeira de rodas	
	Sanita	
	Banheira/Duche	
Locomoção	Marcha/ Cadeira de rodas	
	Escadas	
Comunicação	Compreensão	
	Expressão	
Cognição social	Interacção social	
	Resolução de problemas	
	Memória	
TOTAL		
COM AJUDA		SEM AJUDA
Dependência completa	6. Independência Modificada (ajuda técnica) 7. Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	
1. Ajuda Total (indivíduo> 0%)		
2. Ajuda Máxima (indivíduo> 25%)		
Dependência Modificada		
3. Ajuda Moderada (indivíduo> /50%)		
4. Ajuda Mínima (indivíduo> /75%)		

⁶ Adaptado a partir de do sítio Rehabilitation Measures Database, de <http://www.rehabmeasures.org/default.aspx>

5. Supervisão	
---------------	--

Avaliação do estado de consciência

Escala de Coma de Glasgow⁷

Escala coma Glasgow		score	Data
Abertura dos olhos	espontânea	4	
	à estimulação verbal	3	
	à estimulação dolorosa	2	
	nula	1	
Resposta verbal	Orientada	5	
	Confusa	4	
	Inapropriada	3	
	Sons incompreensíveis	2	
	Nula	1	
Melhor resposta motora	Obedece a ordens	6	
	Localiza a dor	5	
	De fuga	4	
	Em flexão	3	
	Em extensão	2	
	Sem resposta	1	
Total			

⁷ Adaptado da folha do Serviço de Urgência Geral

Avaliação do grau de Sedação

Escala de Ramsay⁸

A escala de Ramsay permite avaliar o grau de sedação da pessoa, visando evitar a sedação insuficiente (pode sentir dores) ou demasiado excessiva (pondo em risco de vida a pessoa), é utilizada principalmente em unidades de cuidados intensivos.

Escala de Ramsay	Data
Grau 1 - Doente ansioso, agitado	
Grau2 - Colaborante, orientado, tranquilo	
Grau 3 - Sonolento, responde aos comandos	
Grau 4 – Dormindo, responde rapidamente ao estímulo sonoro vigoroso	
Grau 5 – Dormindo, responde lentamente ao estímulo sonoro vigoroso	
Grau 6 – Dormindo, sem resposta	

⁸ Adaptado a partir de do sítio da organização Asian Intensive Care, obtido [on line] em 11 de novembro de 2011 de <http://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/sedation%20scale.htm>

Avaliação do risco de úlcera de pressão.

Escala de Braden⁹

A escala de Braden é um instrumento que permite a avaliação do risco de úlcera de pressão. A avaliação engloba a percepção sensorial (capacidade de reacção significativa ao desconforto), a humidade (nível de exposição da pele à humidade), nível de actividade física, mobilidade (capacidade de alterar e controlar a posição do corpo), nutrição/ alimentação habitual e fricção e forças de deslizamento.

Considera-se de alto risco: score de 6 a 10, médio risco: score 13 a 16 e baixo risco: score superior a 16. Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Critérios de avaliação					Data
Percepção sensorial	1.completamente limitada	2. muito limitada	3.levemente limitada	4.nenhuma limitação	
Humidade	1.pele constantemente húmida	2 pele muito húmida	3 pele ocasionalmente húmida	4. pele raramente húmida	
Actividade	1.acamado	2.Sentado	3.anda ocasionalmente	4.anda frequentemente	
Mobilidade	1.Completamente mobilizado	2.muito limitada	3.ligeiramente limitada	4.não apresenta limitações	
Nutrição	1.muito pobre	2.provavelmente inadequada	3.adequada	4.excelente	
Fricção e forças de deslizamento	1.problema	2.problema potencial	3.nenhum problema		
TOTAL					

⁹ Adaptado de Barbar Braden e Nancy Bergstrom, 1989,

Avaliação do risco de quedas

Escala de Morse¹⁰

O risco de queda é um diagnóstico de enfermagem operacionalizado através da aplicação de escalas: baixo risco(0-24), médio risco (25-50) e elevado risco (superior a 51)

Escala de Morse		Pontos	Score
1. História de Quedas	Não	0	
	Sim	25	
2. Diagnóstico Secundário	Não	0	
	Sim	15	
3. Ajuda Na Mobilização			
Nenhuma/Acamado/Repouso Leito		0	
Bengala/Andarilho/Canadiana		15	
Aparelho/Equipamento		30	
4. Terapia Endovenosa	Não	0	
	Sim	20	
5. Marcha			
Normal/Acamado/Cadeira de Rodas		0	
Lenta		10	
Alterada/Cambaleante		20	
6. Estado Mental			
Orientado		0	
Desorientado/Confuso		15	
Total			

¹⁰ Adaptado da folha do Serviço de Neurocirurgia

Formatada: Texto espec

ANEXO V – Estudo Ventilatório

Formatada: Texto espec

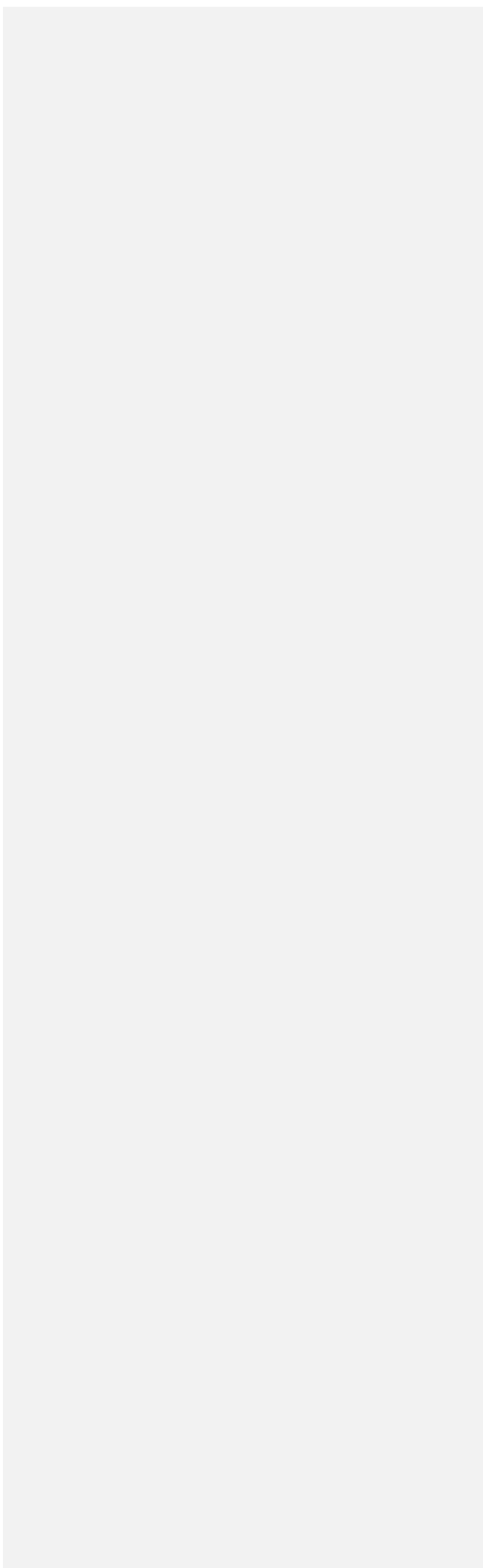
ANEXO VI – Certificados de frequência de formação

Formatada: Texto espec

ANEXO VII – Avaliação da qualitativa de estágio

APÊNDICES

<u>"O papel do enfermeiro de reabilitação no cuidar da pessoa com Lesão Vertebral Medular e Família" - 110</u>
<u>"O papel do enfermeiro de reabilitação no cuidar da pessoa com Lesão Vertebral Medular e Família" - 63</u>



|

APÊNDICE I – Cronograma de estágio

Quadro I – Cronograma programado

ANO	2011												2012								
MÊS	OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO				
SEMANAS	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20
	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	11	17	24
Carla Menino																					
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Quadro II – Cronograma cumprido

ANO	2011												2012								
MÊS	OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO				
SEMANAS	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20
	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	11	17	24
Carla Menino	-	-	-	-	-	-								-	-	-	-	-			
							-	-	-	-	-	-	-						-	-	-

	Hospital, Serviço de Neurocirurgia, Unidade de Cuidados Intensivos.
	Hospital, Serviço de Neurocirurgia, Unidade de Cuidados Intermédios.
	Hospital, Serviço de Neurocirurgia, Enfermaria.
	Formação
	Férias do Natal
	Férias do Carnaval

Formatada: Texto espec

APÊNDICE II – Fundamentação teórica complementar

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA COMPLEMENTAR

A Coluna Vertebral inicia-se na base do Crânio até à região sagrada. É constituída por 26 ossos divididos por regiões. Cervical (7 vértebras); torácico-dorsal (12 vértebras); lombar (5 vértebras); sagradas (resultante da fusão de 5 vértebras sacrais) e coccígeas (4-5 vértebras coccígeas unidas). (OE, Guia da Boa Prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro medular, 2009).

A Estabilidade é uma das propriedades da coluna que tem como função a preservação medular, esta classifica-se em estabilidade clínica (capacidade da coluna limitar o deslocamento sob carga fisiológica de modo a prevenir tensão ou irritação da medula espinal ou raízes nervosas) e estabilidade biomecânica (Capacidade da coluna resistir às forças). Greenberg (2003)

A medula espinal, localizada no canal vertebral no interior da Coluna Vertebral, é uma estrutura que em conjunto com o encéfalo forma o Sistema Nervoso Central (SNC). Esta é o elo de ligação entre o encéfalo e o Sistema Nervoso Periférico (SNP).

A medula espinal estende-se desde o buraco occipital ao longo do canal raquidiano até ao nível da vértebra L2 (abaixo só é constituída por líquido cefalorraquidiano e por raízes). A medula é constituída por líquido cefalorraquidiano, meninges (dura-máter, aracnóidea e pia-máter), substância cinzenta (porção central constituída por corpos celulares neurais e sinapses) e substância branca (porção periférica constituída por feixes nervosos ascendentes, sensitivos, consciente dos estímulos externos e descendentes, motores, via piramidal). O cordão anterior da medula é responsável pela parte motora, o posterior pela sensitiva, as bases são viscerais e os vértices somáticos. (Andrade, Apontamentos das aulas da UC Reabilitação II, Abril 2011)

Nervo é um feixe de fibras nervosas situada no encéfalo (nervos cerebrais) e na medula espinal (nervos raquidianos – 31 pares). Estes últimos nem sempre saem da coluna ao mesmo nível, dependem das faixas ligamentares serem verticais ou mais oblíquas. (OE, Guia da Boa Prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro medular, 2009)

A via de condução da coluna espinal, é bidireccional, cérebro – medula espinal e vice-versa. É chamado Arco reflexo ao principal reflexo medular. Existindo, no entanto outros. (OE, Guia da Boa Prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro medular, 2009; Andrade, Apontamentos das aulas da UC Reabilitação II, Abril 2011)

“As etiologias da Lesão Vertebro Medular são variadas: Traumáticas (acidentes de viação, atropelamentos, quedas, queda de objectos sobre pessoas, práticas desportivas, actos de violência, tentativas de suicídio, ferimentos por armas de fogo, trauma penetrante do Pescoço, etc.); Médicas (vasculares, infecciosas, malformações, que podem incluir hemorragia, doenças congénitas, situações degenerativas, mielites, tumores, etc.) ” (Greenberg, 2003; Santos, Apontamentos das aulas da UC Reabilitação II, Abril 2011)

A principal causa das LVM é traumática constituindo os acidentes de viação o seu principal factor, pois é provocada por uma acção violenta directa ou indirecta contra o organismo, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas, poderá estar em causa uma lesão óssea e/ou da própria medula; desta acção poderá ocorrer compressão, tracção ou ruptura dos tecidos. (OE, Guia da Boa Prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro medular, 2009)

A lesão da medula espinal, pode resultar da concussão, contusão, laceração, secção transversal, hemorragia e/ou compromisso do aporte sanguíneo à medula espinal. Greenberg, (2003)

O efeito “chicote”, é uma lesão não fatal e é mais comum nos acidentes com veículos a motor, é uma lesão traumática das estruturas dos tecidos moles na região da coluna cervical (discos intervertebrais, etc.). A lesão é devida à hiperflexão, hiperextensão ou rotação do pescoço, sem fracturas deslocamentos ou herniação do disco intervertebral. A sintomatologia pode se iniciar logo após o acidente, mas normalmente demora, várias horas ou dias. Greenberg (2003)

A lesão vertebro medular pode ter dois níveis: Neurológico (pode compreender alteração da força motora e/ou sensitiva) e Esquelética (lesão da vértebra ou segmento).

As lesões podem ser abertas ou fechadas, estáveis ou instáveis, incompletas ou completas. Por definição, a lesão incompleta tem preservação da função residual motora e/ou sensitiva em três segmentos abaixo do nível de lesão. No caso de lesão completa, é sem preservação de qualquer função motora ou sensitiva em três segmentos¹ abaixo do nível da lesão (Nesta situação pode ter que se recorrer a uma intervenção cirúrgica). Greenberg (2003); Defino (1999).

As lesões podem ser estáveis – de tipo I, tratados com imobilização; e instáveis que se dividem em dois tipos: tipo II, reduzida com uma tracção ligeira; e tipo III, poderá

¹ segmento medular : porção da medula onde ocorre a conexão com os filamentos radiculares. Cada porção da medula espinal origina um par de nervos raquidianas. (Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, 2011)

ter que ser submetida a uma intervenção cirúrgica, esta intervenção nunca é imediata para não levar a uma lesão neurológica subsequente, deve ser adiada até existir uma estabilização clínica e neurológica. Greenberg (2003)

A terminologia seguinte surge dos níveis onde se inserem as lesões vertebro medulares, a Tetraplegia- Lesão da medula espinal na região cervical, associada à perda de força muscular nos quatro membros. Dawodu (2011). Esta pode ser ~~alta~~Alta (C2-C4 medular, é onde se localiza o comando do diafragma) ou baixa (C5 medular). (Andrade, Apointamentos das aulas da UC Reabilitação II, Abril 2011) e a Paraplegia- Lesão da medula espinal nas regiões torácicas, lombares ou sagradas, incluindo a cauda equina e o conus medullaris (Dawodu, 2011). Esta também pode ser ~~alta~~Alta (D4 medular) ou Baixa (D12 medular). (Andrade, Apointamentos das aulas da UC Reabilitação II, Abril 2011)

A evolução da LVM pode ser dividida em três estádios: fase de choque medular; fase sub-aguda e fase de sequelas. Embora a reabilitação se inicie na Fase sub-aguda é na fase de Sequelas onde a reabilitação se potencializa.

São vários os problemas associados à LVM.

O choque medular e neurogénico são as consequências mais frequentes das LVM. O Choque medular é caracterizado por uma perda transitória de toda a função neurológica, traduzindo-se em plégia flácida que pode durar duas semanas, ocasionalmente vários meses e às vezes permanentemente, após o choque a paralisia torna-se espática. Um sinal de mau prognóstico é quando os reflexos imediatamente acima da lesão estão deprimidos. Greenberg (2003); Dawodu (2011). O Choque neurogénico é caracterizado por alterações do sistema nervoso autónomo², particularmente o sistema nervoso simpático e é manifestado pela tríade de sintomas hipotensão, bradicardia e hipotermia. Este choque tende a acontecer de forma mais comum em lesões abaixo da T6, sendo secundário à interrupção do sinal simpático da T1-L2. Dawodu (2011)

As alterações cardiovasculares (alteração do débito cardíaco e diminuição da perfusão do mesmo, desenvolvendo arritmias cardíacas, com interrupção de funcionamento do Sistema Nervoso Simpático e perda da resposta vasoconstritiva abaixo da lesão).

As alterações vasomotoras também são frequentes e as mais frequentes destas são, a hipotensão ortostática e a Disreflexia autónoma. A hipotensão ortostática ocorre

² O Sistema Nervoso Autónomo é constituído pelos Sistemas Nervosos simpático e parassimpático. Na coluna, o Simpático dorso-lombar situa-se entre D4-L2 e o Parassimpático sagrado localiza-se entre S1-S5. (Andrade, Apointamentos das aulas da UC Reabilitação II, Abril 2011)

devido a deficiência do reflexo vasomotor, que não mantém níveis da pressão arterial compatíveis com uma boa irrigação cerebral, inicia-se principalmente quando se inicia a posição sentado e a Disreflexia autônoma, ocorre quando existe uma [altaAlta](#) incidência da disfunção autônoma e decorre da [faltaalta](#) de comunicação dos ramos simpático e parassimpático do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) ao nível da lesão (observadas nas lesões medulares acima do nível torácico T5, especialmente nas lesões cervicais). Esta traduz-se por incapacidade de controlo cardiovascular e é recomendada uma avaliação da função autônoma. Dawodu (2011) É um “quadro” de emergência médica que é acompanhado por cefaleia latejante, rubor facial, visão turva, observação de pontos brilhantes, congestão nasal, sudorese profusa, hipertensão e bradicardia, sendo a distensão e contracção vesical a sua principal causa, (existem cartões de identificação com todas as informações necessárias e que a pessoa deve fazer-se acompanhar em caso de situações de urgência).

As alterações respiratórias (hipoventilação com paresia dos músculos respiratórios e aumento de secreções brônquicas com depressão do reflexo da tosse). São problemas relacionados com a LVM em lesões sobretudo acima da T6. “Em 50% dos pacientes com LVM cuja lesão envolve a coluna cervical superior, sofrem imediatamente compromisso respiratório com risco de vida. Pacientes com Lesão da coluna cervical frequentemente necessitam de traqueostomia permanente e ventilação mecânica que pode ser intermitente ou permanente. Aqueles com lesões acima da vértebra C4 sofrem paralisia respiratória permanente. Pacientes com lesões na cervical inferior (C6 a C8) e parte superior do tórax (T1-T6), com lesão medular perdem pelo menos 60% de sua força muscular inspiratória.” Braverman, (2006)

Quanto mais [altaAlta](#) estiver o nível da lesão, maior o comprometimento respiratório. As complicações respiratórias são as principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes que sofreram lesões na medula espinal cervical. A incidência dessas complicações é determinada por uma variedade de factores inter-relacionados presentes em graus variados de paciente para paciente. Braverman, (2006)

Os problemas gastrointestinais é outro dos problemas associados à LVM, esvaziamento do conteúdo gástrico lentificado (podendo existir refluxo) e alteração do funcionamento do intestino (obstipação ou incontinência esfinteriana constituem outro dos problemas); O intestino e a bexiga neurogénicos (reflexos, quando a lesão medular dá-

se acima dos segmentos sagrados, arco reflexo³ íntegro; ou autónomos, quando a lesão medular dá-se nos segmentos sagrados ou abaixo deles, o arco reflexo ausente), são outras consequências da LVM. Actualmente existem estudos urodinâmicos que medem a capacidade vesical perspectivando a adequação das intervenções. O controlo da eliminação vesical e intestinal é um problema relacionado com a independência, a higiene pessoal e autogestão (controlo dos esfíncteres) contribui para a auto-estima e consequentemente a sua reintegração social e familiar. (Santos, Apontamentos da UC Reabilitação III, Junho 2011)

Outras complicações associadas à LVM, são: trombos causados pela imobilidade (obstrução arterial consequente da coagulação intravascular com a formação do chamado trombo com formação na aurícula esquerda); embolias pulmonares (o trombo desloca-se alojando-se nas artérias pulmonares, a pessoa apresenta diminuição da frequência respiratória, taquicardia, dor torácica e dorsal); úlceras de pressão (diminuição de oxigénio e nutrição por compressão das proeminências ósseas); Siringomielia pós-traumática (caracterizada por dor, ascensão do nível sensitivo ou motor, por exemplo, o paraplégico passa a apresentar dormência, atrofia e astenia, com aumento do tônus muscular, acentuando a espasticidade, esta dor pode manifestar-se de diversas formas: Ombro doloroso, cervicalgias, dorsalgias, lombalgias, dores localizadas, dores viscerais, etc. Podendo a pessoa passar a apresentar um quadro de Dores Crónicas). (OE, Guia da Boa Prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebral medular, 2009)

A sexualidade também é alterada com a LVM (o desejo sexual inicia-se no cérebro alimentando-se dos mais variados estímulos), alterações da sexualidade podem induzir a alterações da auto-estima, distúrbios de humor, ansiedade e depressão (Choque emocional, a pessoa começa a aperceber-se da sua situação, faz perguntas e obtém respostas incompletas, as alterações psicológicas nestas pessoas assumem uma proporção igual e muitas vezes superior, à lesão física). Assim a reabilitação da sexualidade é mais que algo somente biológico, integra aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais, assumindo a educação para a saúde um papel fundamental. (OE, Guia da Boa Prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebral medular, 2009)

³ Arco reflexo: Resposta involuntária rápida, consciente ou não, que visa uma protecção ou adaptação do organismo sendo originado de um estímulo externo antes mesmo do cérebro tomar conhecimento do estímulo periférico, consequentemente, antes deste comandar uma resposta (s.a Wikipédia, 2011)

Numa emergência, vias aéreas permeáveis, ventilação, circulação, temperatura, imobilização e exame neurológico são as prioridades imediatas. Todas as pessoas vítimas de trauma significativo, com perda de consciência, que tiverem um trauma na região da coluna vertebral com dor, diminuição da sensibilidade, dormência ou formigamento numa extremidade, astenia, incontinência de esfíncteres, com respiração abdominal, diminuição da frequência respiratória ou paragem da mesma, pulso rápido/fraco ou lento, hipotensão e priapismo, devem ser tratadas com portadoras de uma LVM, a imobilização, a função hemodinâmica e o grau de consciência, devem ser alvos de avaliação e atenção permanente. Greenberg (2003 ; Santos, Apontamentos da UC Reabilitação III, Abril 2011)

É importante fazer-se a avaliação neurológica para poder diferenciar lesões completas e incompletas na medula espinal, a detecção de choque medular e a avaliação da força motora e da sensibilidade (avaliação segundo -American Spinal Injury Association - ASIA) são prioridades.

Actualmente é possível muito precocemente estabelecer um prognóstico motor e funcional de forma a prevenir ou tratar complicações com a imobilidade.

A importância de uma avaliação motora e sensitiva bilateralmente, relacionando com a avaliação a sintomatologia, o nível a que poderá estar a lesão, e se esta lesão é completa ou incompleta é imprescindível para podermos entender que complicações podem daí advir, e encaminharmos a nossa intervenção para um tratamento terapêutico ou cirúrgico.

A LVM em todas as suas formas etiológicas transpõem quadros de plegias (tetraplegia, paraplegia e hemiplegia), a intervenção visa não só a reeducação da capacidade funcional, como também a prevenção e tratamento de complicações secundárias associadas à perda de sensibilidade e do controle esfinteriano.

Quadro I—Gronograma-programado

ANO	2011												2012								
MÊS	OUTUBRO				NOVEMBRO					DEZEMBRO			JANEIRO					FEVEREIRO			
SEMANAS	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20
	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	11	17	24
Carla Menino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Quadro II—Gronograma-cumprido

ANO	2011												2012								
MÊS	OUTUBRO				NOVEMBRO					DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO			
SEMANAS	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20
	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	11	17	24
Carla Menino	-	-	-	-	-	-								-	-	-	-	-			
							-	-	-	-	-	-							-	-	-

	Hospital, Serviço de Neurocirurgia, Unidade de Cuidados Intensivos.
	Hospital, Serviço de Neurocirurgia, Unidade de Cuidados Intermédios.
	Hospital, Serviço de Neurocirurgia, Enfermaria.
	Formação
	Férias do Natal
	Férias do Carnaval

APÊNDICEAPÊNDICE IIIV – Estudo de caso

Formatada: Texto espec

Formatada: Tipo de letra predefinido do parágrafo

Código de campo alterado

Formatada: Tipo de letra predefinido do parágrafo

Código de campo alterado

Formatada: Texto espec

APÊNDICEAPÊNDICE IV - Panfleto

Formatada: Texto espec

- Formatada: Tipo de letra predefinido do parágrafo
- Código de campo alterado
- Formatada: Tipo de letra predefinido do parágrafo
- Código de campo alterado
- Formatada: Texto espec

APÊNDICE APÊNDICE VI – Jornal crítico de Aprendizagem

Formatada: Texto espec

- Formatada: Tipo de letra predefinido do parágrafo
- Código de campo alterado
- Formatada: Tipo de letra predefinido do parágrafo
- Código de campo alterado
- Formatada: Texto espec

APÊNDICE VII – Trabalho sobre a MIF (Item transferência, subdivisões percentuais de tarefas)

Código de campo alterado

Formatada: Tipo de letra predefinido do parágrafo

Formatada: Tipo de letra predefinido do parágrafo

Código de campo alterado

Formatada: Texto espec

APÊNDICE VIII – Planos de eCuidados

Código de campo alterado

